SSOAR

Open Access Repository
www.ssoar.info

Zukunftsperspektiven der Selbsthilfe

Weller, Michael

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:
Weller, M. (2000). Zukunftsperspektiven der Selbsthilfe. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, *23*(3), 229-235. https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-40653

Nutzungsbedingungen:
Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.
Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:
This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.
By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

gesis Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Zukunftsperspektiven der Selbsthilfe

Michael Weller

1 Was stört am bestehenden Konzept?

1.1 Fremdkörper „Selbsthilfe"

Es gehört seit Jahren zum guten Ton, mehr Patientenorientierung, Gesundheitsförderung oder Selbsthilfeförderung für das deutsche Gesundheitswesen einzufordern. Fakt ist: In einer weitgehend auf Akutversorgung und Medizintechnik ausgerichteten naturwissenschaftlichen Medizin haben Psychosomatik, Gesundheitsförderung, Prävention, Selbsthilfe, Rehabilitation und Pflege nicht den ihr zukommenden Stellenwert. Chronische Erkrankungen und Multimorbidität werden vor allem bei älteren Menschen bei Hinzutreten sozialer Probleme vorschnell medikalisiert und hospitalisiert.

Völlig indiskutabel ist, dass diejenigen, für die das System der gesundheitlichen Versorgung geschaffen wurde, die Patienten, nicht oder nicht ausreichend gefragt werden. Ihre Erfahrungen und Urteile sind aber ein entscheidender Faktor für ein funktionierendes Gesundheitssystem und Qualitätsmanagement.

Die Zukunftsperspektiven der Selbsthilfe können auf drei Ebenen bezogen werden. Die erste Ebene ist die Versorgungsebene. Hier findet die Selbsthilfe vor Ort statt, hier erfolgt die Förderung und Kooperation. Auf der zweiten Ebene erfolgt die Gestaltung der Versorgung. Hier werden die Verträge zur Qualitätssicherung geschlossen und hier findet die Leitliniendiskussionen und letztlich die Implementierung der Leitlinien ins Versorgungssystem statt. Auf der dritten Ebene werden Gesundheits- und Versorgungsziele definiert. Die Handlungsebene wäre hier insbesondere die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.

1.2 Fehlgeleiteter Wettbewerb

Kritisch zu betrachten sind die bestehenden Zielkonflikte im Gesundheitswesen. Der Gesetzgeber hat die Krankenkassen in einen nur unzureichend geordneten Wettbewerb geschickt, der tendenziell zur Entsolidarisierung beiträgt. Wahlfreiheit und Kassenpluralität sind nicht in Frage zu stellen. Wettbewerb darf aber nicht zum Selbstzweck verkommen. Ein Wettbewerb, der sich primär am Versichertenportfolio und an Kostenprofilen orientiert, hat in einer solidarischen Krankenversicherung nichts verloren. Wettbewerb in einem solidarischen Gesundheitssystem muss auf die Inhalte und die Qualität der Versorgung sowie die Wirtschaftlichkeit der Mittelverwendung fokussiert werden. Ein Wettbewerb zwischen den Kassen, der um Gesunde geführt wird, muss verhindert werden. Kranke bleiben sonst dabei auf der Strecke. Es muss der Wettbewerb verhindert werden, der bei der Kooperation zwischen Kassen und Selbsthilfegruppen zwischen guten und schlechten Selbsthilfegruppen unterscheidet. Es darf nicht sein, dass die Selbsthilfegruppe „Junge Mütter" gefördert wird, weil sie besser zum Image der Krankenkasse passt, während die „Diabetiker Selbsthilfegruppe" unrentabel ist, weil sie womöglich Diabetiker, die bei anderen Krankenkassen versichert sind, veranlasst, die fördernde Krankenkasse zu wählen. Solche Entscheidungsparameter dürfen in einer solidarischen Krankenversicherungen keinen Platz haben. Die jetzt von den Spitzenverbänden der Krankenkassen beschlossenen gemeinsamen Förderkriterien werden den Zielkonflikt sicher entschärfen, beseitigen können sie ihn nicht. Die Wettbewerbsparameter sind neu auszurichten. Ein Kassenwettbewerb um eine qualitätsorientierte und zugleich wirtschaftliche Versorgung aller Patienten wäre der anzustrebende Idealzustand.

1.3 Grundvoraussetzung: Transparenz

Nicht kritiklos hinzunehmen ist aber auch die Förderung von Selbsthilfegruppen durch andere Organisationen, z. B. durch auf Gewinnmaximierung orientierte Unternehmen. Selbsthilfegruppen sind in den letzten Jahren ganz erheblich in das Interesse z. B der pharmazeutischen Industrie gerückt und gefördert worden. Hier treten dann zwangsläufig Fragen der Interessensunabhängigkeit auf. Die Grundvoraussetzung lautet hier: Offenlegung der Finanzierung. Nur durch größtmögliche Transparenz kann Vertrauen wachsen. Selbsthilfe muss letztendlich die Frage beantworten: Wie können wir erkennen, ob wir für Ziele manipuliert werden sollen, die nicht unsere Ziele sind? Entsprechende Entscheidungsparameter für die Förderung durch Beitragsgelder der Versicherten und Arbeitgeber sind in den jetzt verabschiedeten Förderkriterien enthalten. Sicherlich kann der Ausbau der Förderung durch die Krankenkassen auch zur stärkeren Unabhängigkeit der Selbsthilfegruppen und -organisationen gegenüber Abhängigkeiten industrieller Interessen beitragen.

Selbsthilfegruppen, Selbsthilfeorganisationen und Krankenkassen müssen kooperieren. Aber: Kooperative Gesundheitsförderung, die wirksam werden oder bleiben will

darf nicht mit Wettbewerb und Konkurrenzkampf assoziiert werden oder gar dessen Hauptinhalt sein. Kooperation setzt voraus, dass keiner den anderen für Ziele instrumentalisiert, die nicht seine sind oder sein können.

Bei konkurrenten Beziehungen mit existentieller Bedeutung – wie sie zwischen den Krankenkassen nun einmal zur Zeit herrschen – wurde Kooperation und Kommunikation in Sachen Selbsthilfeförderung jedoch allein dadurch inhaltlich ausgehöhlt, da eine ihrer Grundvoraussetzungen, nämlich ein Mindestmaß an wechselseitiger Transparenz fehlte. Das war ein wesentliches Hemmnis für die Weiterentwicklung der Selbsthilfe. Die Förderpraxis war unterschiedlich und unübersichtlich. Die jetzt auf der Grundlage des § 20 erarbeiteten Grundsätze zu Förderung der Selbsthilfe wird die notwendige Transparenz der Förderung und die einheitliche Rechtsanwendung und damit die flächendeckende, gerechte Verteilung der Fördermittel gewährleisten. Diese Richtung stimmt, ob die Wahl der Mittel ausreicht, die ja nur eine Binnenlösung innerhalb eines insgesamt fehlgeleiteten Wettbewerbes darstellt, bleibt abzuwarten.

Die zentrale Botschaft jedenfalls muss lauten: Selbsthilfe ist ein vergleichsweise sehr kostengünstiges Instrument der Gesundheitspolitik. So gibt es Schätzungen, wonach sich der volkswirtschaftliche Nutzen aller Selbsthilfegruppen auf ca. 4 Milliarden Mark beläuft. Aber nicht der ökonomische Nutzen der Selbsthilfe sollte im Vordergrund der Betrachtung stehen, vielmehr muss der gesundheitliche und der gesellschaftliche Nutzen die Triebfeder für die Förderung der Selbsthilfe sein. Sie ist deshalb zu fördern und darf nicht durch einen fehlgeleiteten Wettbewerb behindert werden.

2 Wie geht es anders?

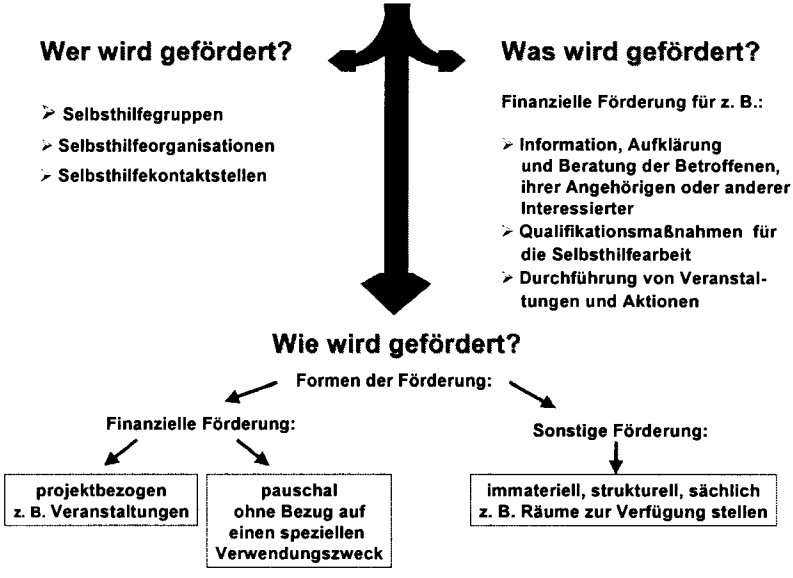
2.1 Die neue Selbsthilfeförderung

Gründe gab es also genug, um die Selbsthilfe stärker als bisher in das Gesundheitswesen zu integrieren. Das ist nun mit der Gesundheitsreform 2000 geschehen. Die AOK begrüßt diese Entwicklung. Im Rahmen der bis 1999 geltenden Ermessensvorschrift (Kann-Regelung) wurde die Selbsthilfeförderung von den Krankenkassen doch sehr unterschiedlich gehandhabt. Aus dem bisherigen Ermessen ist jetzt eine deutlich weitergehende Sollverpflichtung geworden. Neu ist zudem, dass jetzt ausdrücklich auch Selbsthilfeorganisationen, die die Interessensvertretung der Selbsthilfe nach außen leisten, in die Förderzuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) aufgenommen wurden. Damit werden jetzt Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen gefördert. Die Förderung soll dann erfolgen, wenn die Prävention oder Rehabilitation von Versicherten bei bestimmten Erkrankungen das Ziel ist. Für die Förderung der Selbsthilfe ist dabei ein Ausgabenvolumen von 1 DM pro Versicherten und Jahr vorgesehen, das ebenfalls jährlich dynamisiert wird.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen waren aufgefordert, gemeinsam und einheitlich und unter Beteiligung der Vertreter der Selbsthilfe Grundsätze zur Förderung der Selbsthilfe zu erarbeiten. Enthalten sein sollen insbesondere die Voraussetzungen, Inhalt, Umfang und Formen der Förderung sowie die Abstimmung mit anderen Förderströngen. Selbsthilfekontaktstellen, die für Ratsuchende aber auch bei der Unterstützung von örtlichen Selbsthilfegruppen wichtige Aufgaben wahrnehmen, wurden bei der Förderung der Krankenkassen bisher nur wenig berücksichtigt. Deshalb wurde auch für sie bereits im Gesetz die Möglichkeit einer über die Projektförderung hinausgehenden Förderung ausdrücklich festgelegt.

Ihre Hausaufgaben haben die Spitzenverbände der Krankenkassen zügig erledigt und sich im März dieses Jahres auf gemeinsame Grundsätze zur Förderung der Selbsthilfe verständigt (vgl. Abbildung).

Abb.: Förderung der Selbsthilfe



Damit sind die Rahmenbedingungen für die Selbsthilfe deutlich verbessert worden. Die finanzielle Förderung der Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen kann danach sowohl durch projektbezogene als auch durch pauschale Zuschüsse erfolgen. Beide Förderformen sind möglich. So können z. B. einzelne Veranstaltungen oder Medien finanziell gefördert werden oder es kann eine pauschale finanzielle Unterstützung geleis-

tet werden ohne Bezug auf einen speziellen Verwendungszweck. Unabhängig davon bleiben die immateriellen, strukturellen und sächlichen Förderungsmöglichkeiten, wie z. B. die Nutzung von Veranstaltungsräumen der Krankenkassen bestehen. Zulässig ist im übrigen nur eine Förderung bei Krankheitsbildern, die in einem Verzeichnis enthalten sind. Das sog. Krankheitsverzeichnis wurde bereits vor der Gesundheitsreform 2000 von den Spitzenverbänden der Krankenkassen unter Beteiligung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erarbeitet. Es hat sich bewährt und gilt weiterhin.

Die Grundsätze zur Förderung der Selbsthilfe werden von den Selbsthilfevertretern positiv aufgenommen. Auch deshalb, weil diese Grundsätze unter Beteiligung der Selbsthilfevertreter zustande gekommen sind. Das Zustandekommen dieser Grundsätze ist beispielgebend für den neu aufkeimenden kooperativen Geist einerseits zwischen den verschiedenen Kassenarten und andererseits zwischen der GKV und der Selbsthilfe. Im übrigen ist jetzt ja auch die langjährige Forderung der Selbsthilfevertreter nach einer Pool-Lösung verwirklicht worden.

Allen Beteiligten muss bewusst sein, dass die Förderung der Selbsthilfe niemals allein auf der Grundlage des Krankenversicherungsrechts durch die Krankenkassen erfolgen kann und darf. Selbsthilfeförderung ist eine Querschnittsaufgabe und muss als eine gesellschaftliche Gemeinschaftsaufgabe verstanden werden. Daher sollten sich die öffentliche Hand, andere Sozialversicherungsträger, wie Renten- und Unfallversicherung, aber auch die Private Krankenversicherung an der Förderung der Selbsthilfe beteiligen. Keinesfalls darf die Stärkung der Selbsthilfe durch die Krankenkassen zu einem Rückzug anderer Kostenträger, wie beispielsweise der Länder und Kommunen führen. Nicht akzeptabel ist, das sich besserverdienende Mitglieder der privaten Krankenversicherung wie in anderen Bereichen der Finanzierung von Solidaraufgaben entziehen.

2.2 Versorgung mitgestalten

Einen zunehmenden Handlungsbedarf für Selbsthilfe und deren Organisationen wird es auf der Ebene der „Versorgungsgestaltung" geben. Hier geht die Gesundheitspolitik neue Wege mit neuen Formen der Qualitätssicherung, mit Leitlinien in der medizinischen Versorgung und mit mehr Innovation im Versorgungsmanagement, sprich: Integrierte Versorgungsformen.

Auf dieser Handlungsebene ist im Kern ein wesentliches gesellschaftspolitisches Ziel der Selbsthilfe zu finden. Selbsthilfe ist ein Ausdruck von sozialer Emanzipation und bewusster Selbstbestimmung. Immer mehr chronisch Kranke wehren sich zudem dagegen, als Objekte eines professionellen Versorgungssystems betrachtet zu werden. Sie stellen die berechtigte Forderung, als Experten in eigener Sache in die Planung und Durchführung aller sie betreffenden Maßnahmen einbezogen zu werden. Insoweit kann Selbsthilfe auch eine Plattform für eine stärkere Demokratisierung des Gesundheitswesens sein. Hier ist ein in der Zukunft immer wichtiger werdendes Handlungsfeld für Selbsthilfegruppen und insbesondere für deren Organisationen. Es geht darum, Versorgung mitzu-

gestalten. Es geht um die Öffnung des Medizinsystems gegenüber dem, was Ärzte hin und wieder immer noch eher abschätzig Laienarbeit nennen. Dabei ist heute unbestritten, dass z. B. bei der Erstellung von evidenzbasierten Leitlinien die Betroffenen, sprich die Patienten, beteiligt werden müssen, will man Leitlinien erfolgreich in das medizinische Versorgungssystem implementieren.

Die Qualitätssicherung über Leitlinien erhält mit der GKV-Gesundheitsreform 2000 einen Schub. Ein neu geschaffener Koordinierungsausschuss für die ambulante und stationäre Versorgung, der die Arbeit der Bundesausschüsse verzahnen soll, soll auf der Grundlage evidenzbasierter Leitlinien spezifische Kriterien definieren. Diese Kriterien sollen eine zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungserbringung bei Krankheiten ermöglichen, für die Hinweise auf unzureichende, fehlerhafte oder übermäßige Versorgung bestehen und deren Beeinflussung die Morbidität und Mortalität der Bevölkerung nachhaltig verändern kann. Der Koordinierungsausschuss soll dieses ehrgeizige Ziel jährlich bei mindestens zehn Krankheitsbildern erreichen. Damit werden die Weichen gestellt, auf wissenschaftlicher Ebene und über die gemeinsame Selbstverwaltung von Krankenkassen, Vertragsärzten und Krankenhäusern die Gesamtverantwortung für die Effektivität und die Effizienz der Gesundheitsversorgung in Deutschland zu präzisieren. Zudem sind für alle Versorgungsbereiche die Qualitätsvorschriften überarbeitet worden und eine Verpflichtung zum umfassenden Qualitätsmanagement speziell im Hinblick auf die Sicherung der Prozess- und Ergebnisqualität gesetzlich fixiert worden.

Hier ist die Frage, wie sich die Selbsthilfe z. B. bei der Benennung der prioritären Versorgungsbereichen einbringen kann und muss? Gibt es standardisierte Kommunikationswege wie Selbsthilfegruppen oder deren Organisationen Vorschläge zur Verbesserung der Versorgungsqualität artikulieren können? Eine weitere Frage ist, wie sich Nicht-Chronisch-Kranke, die nicht in Selbsthilfegruppen organisiert sind, artikulieren können und sollen?

2.3 Gesundheitsziele sind unabdingbar

Eine weitere Ebene auf der Selbsthilfe sich artikulieren muss, ist die Definitionsebene für Gesundheitsziele. Es gibt Hoffnung, dass in Deutschland Leben in die Konzipierung, Steuerung und Bewertung der Gesundheitspolitik kommt. Jedenfalls hat die Bundesgesundheitsministerin den Sachverständigenrat beauftragt, in seinem nächsten Gutachten auch die Frage der Steuerung über Ziele bzw. die Rolle von Zielen für die Steuerung zu bearbeiten.

Es sind unterschiedliche Ansätze denkbar, um Gesundheitsziele zu erarbeiten. Man kann diese Ziele aus Projekten oder der Alltagsarbeit entwickeln, indem man unter Beteiligung der Betroffenen und auf der Basis regionaler Gesundheitsberichterstattung gesundheitliche Defizite beschreibt und entsprechende Lösungen für die Praxis erarbeitet. Diese Herangehensweise lässt sich mit dem sogenannten Bottom up-Verfahren beschrei-

ben. Man kann aber auch aus medizinisch-epidemiologischer Forschung Prioritäten und damit Gesundheitsziele ableiten. Das wäre dann ein „Top down-Verfahren".

Einen Mittelweg geht z. B. Nordrhein-Westfalen. Hier erarbeitete 1995 die Landesgesundheitskonferenz für das Land Gesundheitsziele, die dann vor Ort durch Netzwerke, Allianzen oder Kommunen aufgegriffen werden sollten. Beide Ansätze – also der Buttom up und der Top down Ansatz – tragen konstruktiv zur Entwicklung eines ergebnisorientierten Gesundheitswesens bei. Der Top-down-Ansatz ermöglicht eine transparente Beschreibung der Gesundheitsprobleme und eine nachvollziehbare Bewertung unterschiedlicher Versorgungsstrategien. Der Buttom-up-Ansatz sichert Patientenorientierung sowie Interesse und Engagement der Akteure vor Ort. Notwendig ist, dass Gesundheitsziele auf breiter öffentlicher Basis debattiert werden müssen, um akzeptiert und damit wirksam zu werden. Hier wird in Zukunft noch einiges an Arbeit zu leisten sein.

Fazit: Wenn ca. 10 % der Bevölkerung in Deutschland chronisch krank sind, deutet dies auf ein beträchtliches Reservoir für Selbsthilfearbeit hin. Dies gilt sicher in besonderem Maße für sozial benachteiligte Gruppen und Schichten der Bevölkerung. Die Selbsthilfebewegung wird deshalb weiter anwachsen. Die Zahl der behandelten Themen wird steigen. Dies bedeutet, dass aus gesellschafts- und gesundheitspolitischen Gründen die Stärkung der Selbsthilfe forciert werden muss. Dabei muss die Förderung der Selbsthilfe als Querschnittsaufgabe und nicht allein als GKV-Aufgabe begriffen und angegangen werden. Eine große Gefahr für die Selbsthilfe besteht darin, dass sich wegen der knappen öffentlichen Haushalte eine nachlassende materielle Unterstützung breitmacht und durch bloße Sonntagsreden ersetzt wird.

Michael Weller
Referent für Gesundheitspolitik
AOK-Bundesverband
Stabsbereich Politik
Postfach 20 03 44
53170 Bonn
Tel.: ++49.228.843-296

Michael Weller, geb. 1960, Krankenversicherungsfachmann u. a. von 1994 bis 1999 Referent für Grundsatz- und Strukturfragen des Gesundheitswesens der SPD-Bundestagsfraktion, seit 1999 als Referent für Gesundheitspolitik im AOK Bundesverband tätig.