

Selbsthilfe-Vertretung in Kommunalen Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen – eine Beteiligung mit Erfolgen und Hindernissen

Kommunale Gesundheitskonferenzen in NRW

Seit dem 01.01.1998 sieht das Landesrecht in NRW vor, dass Räte oder Kreistage eine Kommunale Gesundheitskonferenz (KGK) einberufen. Diese hat die Aufgabe, Fragen der gesundheitlichen Versorgung auf örtlicher Ebene zu beraten. Das kann z.B. beinhalten, Versorgungslücken aufzudecken und Lösungen zu entwickeln, bestehende Gesundheitsleistungen zu koordinieren und bei Bedarf Empfehlungen oder Stellungnahmen abzugeben. Diese werden im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung dem Rat oder dem Kreistag zugeleitet. Mitglieder der KGK kommen aus der Gesundheitsförderung und -versorgung, der Politik, der Selbsthilfe und dem PatientInnenschutz.

Soweit die gesetzlich geregelte Grundlage. Wie steht es um die Umsetzung vor Ort? Bereits 2004 beschrieb Christa Steinhoff-Kemper von der Selbsthilfe-Kontaktstelle Bielefeld im Selbsthilfegruppen-Jahrbuch ihre Erfahrungen mit der Einbindung der Selbsthilfe in die KGK mit dem vielsagenden Titel „Etwas Besseres als die Kommunale Gesundheitskonferenz haben wir derzeit nicht“¹. Sie hob hervor, dass mit der Beteiligung an der KGK die Selbsthilfe erstmals ein eigenes Stimmrecht in einem kommunalen Gremium hat, das es zu nutzen gilt. Allerdings erlebte sie die Position der Selbsthilfe im Reigen der anderen Akteure als schwierig: Die Selbsthilfe steht für Erfahrungswissen, sie arbeitet praxisnah und unbürokratisch und verfügt über wenig Ressourcen. Mit diesem Hintergrund tritt sie zwei Partnern gegenüber – einerseits professionellen Anbietern mit viel Erfahrung in Gremienarbeit und mit hohen personellen Ressourcen und andererseits Politik und öffentlichem Gesundheitsdienst, die eher moderierend und beobachtend agieren. In diesen ersten Jahren war der Einfluss der KGK gering; relevante Regelungen für die gesundheitliche Versorgung wurden überwiegend andernorts und ohne ihre Mitwirkung entschieden.

Im Selbsthilfegruppenjahrbuch 2006 steuerte Karin Marciniak, ebenfalls von der Selbsthilfe-Kontaktstelle Bielefeld, einen weiteren Blickwinkel bei. Sie beschrieb an einem praktischen Beispiel, wie die Erfahrungen von Selbsthilfegruppen systematisch erhoben und mit welchem Ergebnis sie in die KGK eingebracht wurden. Dabei wurden auch Grenzen und Einflussmöglichkeit der KGK thematisiert.²

10 Jahre nach dem ersten Erfahrungsbericht aus Bielefeld und rund 15 Jahre nach Einführung der KGK wollten wir – die Koordination für die Selbsthilfe-

Unterstützung (KOSKON NRW) – in Erfahrung bringen, wie sich die Beteiligung der Selbsthilfe in der Praxis landesweit entwickelt hat. Dazu haben wir in Zusammenarbeit mit den Selbsthilfe-Kontaktstellen eine Befragung durchgeführt. Die folgenden Ergebnisse stellen zunächst die Beteiligung grundsätzlich vor (wer ist mit welchem Zeitaufwand zu welchem Thema in der KGK engagiert?). Anschließend werden die Aussagen zur Position der Selbsthilfe ausgewertet und Erfolge und Hindernisse dargestellt.

Professionelle Selbsthilfe-Unterstützung in NRW

In Nordrhein-Westfalen ist jeder Kreis und jede kreisfreie Stadt mit einer Einrichtung zur Selbsthilfe-Unterstützung ausgestattet. Den größten Anteil stellen die 37 Selbsthilfe-Kontaktstellen, die in NRW durch eine Landesrichtlinie an eine personelle, technische und räumliche Mindestausstattung gebunden sind (z.B. mindestens eine Fachkraft- und eine halbe Verwaltungskraftstelle). Daneben arbeiten in NRW 10 sogenannte Selbsthilfe-Büros, die lediglich mit einer halben Fachkraftstelle ausgestattet sind. Den kleinsten Einrichtungstyp, der in sieben Kreisen / kreisfreien Städten vorkommt, bezeichnen wir als Nebenstellen. Das bedeutet, dass eine Selbsthilfe-Kontaktstelle mit mindestens drei öffentlichen Sprechstunden pro Woche die Grundaufgaben der Selbsthilfe-Unterstützung in einem benachbarten Kreis bzw. einer Kreisstadt wahrnimmt.

An der Befragung, über die hier berichtet wird, haben insgesamt 27 Einrichtungen teilgenommen: 23 Selbsthilfe-Kontaktstellen, drei Selbsthilfe-Büros und eine Nebenstelle. Mit dieser Beteiligungsquote liegen uns Aussagen zu gut der Hälfte der 53 Kreise / kreisfreien Städte in NRW vor. Auf diesen 51%igen Anteil bezieht sich unsere Auswertung. Zur Vereinfachung verwenden wir fortan lediglich die Bezeichnung Selbsthilfe-Kontaktstelle als Oberbegriff.

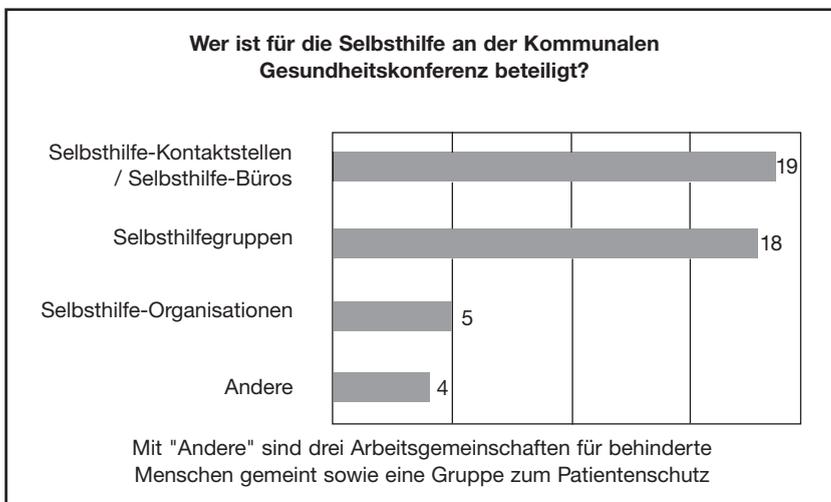
Die Beteiligung der Selbsthilfe an der Kommunalen Gesundheitskonferenz

Von den insgesamt 27 Regionen, deren Selbsthilfe-Kontaktstellen den Fragebogen ausgefüllt haben, ist in 26 Fällen die Selbsthilfe an der KGK beteiligt.

Bei fast allen Rückmeldungen ist die Selbsthilfe an der Kommunalen Gesundheitskonferenz beteiligt.

Bislang war von „der Selbsthilfe“ die Rede. Wer aber sitzt nun wirklich für „die Selbsthilfe“ in der KGK? Folgendes Diagramm zeigt, wie die Akteure sich verteilen:

Deutlich wird an diesen Zahlen, dass vor Ort oft mehr als ein Akteur aus der Selbsthilfe an der KGK beteiligt ist. In Prozentzahlen ausgedrückt bestreiten Selbsthilfe-Kontaktstellen mit 41% und Selbsthilfegruppen mit 39% den Lö-



wenanteil der Selbsthilfebeteiligung an der KGK, während Selbsthilfeorganisationen einen Anteil von 11% und „Andere“ von 9% wahrnehmen.

Die maßgebliche Beteiligung an der Kommunalen Gesundheitskonferenz wird durch Selbsthilfe-Kontaktstellen und Selbsthilfegruppen erbracht.

Ausgehend von der KGK haben sich vielerorts thematische Unterarbeitsgruppen gebildet. Von den Selbsthilfe-Kontaktstellen, in deren Region die Selbsthilfe an der KGK beteiligt ist, gaben fast 2/3 an, dass die Selbsthilfe zusätzlich in Unterarbeitsgruppen (UA) aktiv ist. Gefragt nach den Themen dieser UA kommt eine Auflistung von 43 Unterarbeitsgruppen zustande – das bedeutet, dass die Selbsthilfe vor Ort häufig an drei, aber auch an bis zu sechs UA beteiligt ist. Wie stark die regionale Unterschiedlichkeit bei der Aktivität von Unterarbeitsgruppen ist, wird mit einer Aussage deutlich, die bemängelt, dass es im Laufe von 10 Jahren lediglich eine einzige UA gab. Während sich die KGK zwischen ein und vier Mal pro Jahr trifft, schwankt die Häufigkeit der Treffen der UA zwischen zwei und sechs pro Jahr. Rechnet man die Anzahl der UA mit der Häufigkeit der jeweiligen Treffen hoch, so wird deutlich, dass die Mitarbeit mancherorts viel Zeit und Arbeit erfordert.

In fast zwei Drittel der Standorte nimmt die Selbsthilfe über die Kommunale Gesundheitskonferenz hinaus an (meist mehreren) Unterarbeitsgruppen teil. Das erfordert mancherorts einen hohen zeitlichen und personellen Aufwand.

Bei den Themen ergibt sich inhaltlich eine große Vielfalt. Nachfolgend haben wir die UA, an denen die Selbsthilfe teilnimmt, thematisch und nach Häufigkeit sortiert. Die Ziffern bezeichnen, wie oft ein Thema in der Befragung genannt wurde.

Beteiligung der Selbsthilfe an Unterarbeitsgruppen der Kommunalen Gesundheitskonferenz 2014	
Migration	5
Alter	5
Überleitungsmanagement	3
Sucht	3
Depression	3
Behinderung / Inklusion	3
Demenz	2
Pflege	2
Psychische Erkrankungen	2
Geschlechtsspezifische Themen (Frauengesundheit, Männergesundheit)	2
ADHS	2
Essstörungen	2
Selbsthilfefreundliches Krankenhaus	2
Gesundheitsförderung	2
Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfe	2
Kindheit	1
Krebs	1

Die thematische Palette der Unterarbeitsgruppen ist vielfältig. Die häufigsten Themen sind Migration und Alter

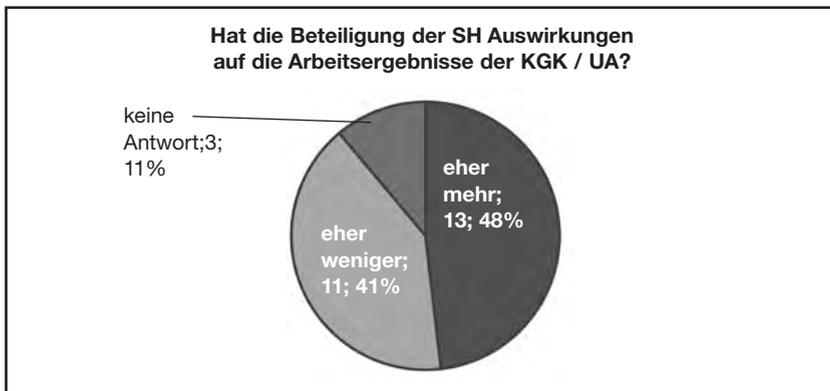
Die Selbsthilfe ist meistens in der Funktion eines Mitglieds in diesen Gremien tätig, in zwei UA hat sie zusätzlich den Vorsitz inne.

Von den Auswirkungen der Beteiligung – Erfolge und Ergebnisse

Eindeutig positiv fiel die Einschätzung dazu aus, ob die Selbsthilfe in der KGK akzeptiert und anerkannt ist: Alle Selbsthilfe-Kontaktstellen antworteten mit „eher ja“. Das spricht für die gute Einbindung und Position, die sich die Selbsthilfe mittlerweile in den Kommunen und Kreisen erarbeitet hat.

Die Selbsthilfe sieht sich ausnahmslos akzeptiert und anerkannt.

Zu einem ganz anderen Ergebnis führte die Frage, ob die Beteiligung der Selbsthilfe Auswirkungen auf die Arbeitsergebnisse der KGK hat; ein Parameter, der maßgeblich ist für Effizienz und Erfolg des Engagements. Hier zeigte sich eine beinahe hälftige Aufteilung der Antworten in zwei Lager: 13 Selbsthilfe-Kontaktstellen gaben an, dass die Mitarbeit der Selbsthilfe „eher mehr“



Auswirkungen hat, während 11 Selbsthilfe-Kontaktstellen „eher weniger“ Auswirkungen feststellten. Drei Kontaktstellen äußerten sich nicht.

Sehen wir uns zunächst die positiven Erfahrungen an. Einige Selbsthilfe-Kontaktstellen äußerten, dass die Mitarbeit in der KGK „optimal“ läuft, die Bürgerbeteiligung vor Ort einen hohen Stellenwert besitzt und die Selbsthilfe akzeptierte Partnerin auf Augenhöhe ist. Die hohe Anerkennung der Selbsthilfe findet an einem Standort konkret Ausdruck, indem die „Stärkung der Selbsthilfe“ als eigenständiges Ziel in den Gesundheitszielen der betreffenden Kommune verankert wurde. Darüber hinaus wurde mehrfach angegeben, dass die Teilnahme an der KGK die Vernetzung mit unterschiedlichen Akteuren fördert und dazu beiträgt, dass neben der Sicht professioneller Einrichtungen auch die von Selbsthilfe und Patientenschaft wahr- und angenommen wird.

Gut die Hälfte der Selbsthilfe-Kontaktstellen sehen durch den Einsatz der Selbsthilfe konkrete Erfolge.

Folgende Beispiele geben einen Einblick in die Vielfalt der Themen, bei denen die Beteiligung der Selbsthilfe zu einem guten Ergebnis geführt hat:

- Eine geplante Kampagne für Männer zum Thema Darmkrebs wurde nach Auswertung der Betroffenen-Zahlen einer Selbsthilfe-Kontaktstelle und eines Selbsthilfverbandes um die Zielgruppe der Frauen erweitert.
- Die Zusammenarbeit führte zur Gründung einer türkischsprachigen Selbsthilfegruppe, anderenorts zur Interkulturellen Öffnung der Selbsthilfegruppen vor Ort.
- Als Mitglieder der Lenkungsgruppe Suchthilfe sind eine Selbsthilfe-Kontaktstelle und die Suchtselbsthilfe an allen Planungsprozessen beteiligt, andernorts arbeitet die Selbsthilfe an der Strukturierung der Suchtprävention mit.
- Die Entwicklung eines Sechs-Punkte-Kataloges ist die Grundlage einer strukturierten Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe und allen Krankenhäusern vor Ort.

In einem Kreis führte der Einsatz einer Selbsthilfe-Arbeitsgemeinschaft in der KGK zu einem ganz besonderen Ergebnis: Durch ihre Anregung kam es zur Einrichtung einer Selbsthilfe-Kontaktstelle!

Von Hindernissen und Schwierigkeiten

Die bereits beschriebenen Ergebnisse machen jedoch nur die eine Seite der Medaille aus. Gleichzeitig sagten über 40% der Selbsthilfe-Kontaktstellen, dass sie „eher weniger“ Auswirkungen der Beteiligung der Selbsthilfe an der KGK sehen. Diese Aussage wirft Fragen auf. Ein erklärendes Bild ergibt sich, wenn wir betrachten, wo die Selbsthilfe-Kontaktstellen den Änderungsbedarf bzw. künftige Perspektiven sehen.

Knapp die Hälfte der Selbsthilfe-Kontaktstellen erlebt kaum Auswirkungen der Beteiligung.

Am häufigsten bezieht sich die Kritik der Selbsthilfe-Kontaktstellen auf die Arbeitsweise der KGK. Diese wird z.B. als formales oder passives Gremium geschildert, das wenig Praxisbezug aufweist. Selbsthilfe-Kontaktstellen berichten, dass klare Zielformulierungen fehlen und Arbeitsprozesse zu lang geraten, zum Teil, weil es zu einem Thema zu wenige Sitzungen gibt. An einem Ort ist die Koordination seit langem nicht besetzt, was dazu führt, dass Arbeitsgruppen gar nicht oder sehr begrenzt arbeiten; andernorts erscheint die KGK vom Gesundheitsamt dominiert und für Eigeninteressen genutzt. Auch wird die Arbeit von der Kommune / dem Kreis nicht überall unterstützt und umgesetzt.

Bei der Arbeitsweise einiger Kommunaler Gesundheitskonferenzen stehen Effizienz und Sachorientierung nicht im Vordergrund.

In einem Kreis wurde die KGK nach vierjähriger Laufzeit eingestellt und in ein „Anlass- und Zielorientiertes“ Gremium umgewandelt. Bei den seither behandelten „Anlässen und Zielen“ wurde die Beteiligung der Selbsthilfe nicht für notwendig eingeschätzt. Von der KGK einer Großstadt wird berichtet, dass die Arbeit der zahlreichen Akteure so vielgestaltig ist, dass die Selbsthilfe zwar einen hohen Stellenwert hat, in der Vielfalt der Themen und Akteure aber nur wenig Einfluss nehmen kann. Anderenorts versucht eine KGK aktuell mithilfe einer internen Befragung Defizite zu erkennen und ihre Arbeit zu verbessern.

Als weiteres Hindernis erfolgreicher Beteiligung erleben einige Selbsthilfe-Kontaktstellen das mangelnde Interesse der Selbsthilfegruppen, aber auch anderer Beteiligter. In diesem Zusammenhang wird auch ein eher passives Verhalten dieser Akteure erwähnt. Das zeigt sich daran, dass sie kaum eigene Ideen einbringen und wenig auf die Gesundheitsplanung einwirken. Ursachen dafür sehen Selbsthilfe-Kontaktstellen z.T. darin, dass die eigene Rolle, aber auch Ziele und Aufgaben innerhalb der KGK oder UA vielfach nicht klar sind.

Auch fehlendes Fachwissen kann erschwerend wirken. Hier wiederum ist die oben angesprochene Arbeitsweise der Gremien gefragt sowie gute Einführung bzw. Begleitung der Beteiligten. Vor diesem Hintergrund sehen einige Selbsthilfe-Kontaktstellen die Notwendigkeit, die VertreterInnen von Selbsthilfegruppen für die Gremienarbeit zu schulen. Diese Aufgabe übernehmen z.T. die Selbsthilfe-Kontaktstellen, an einem Ort bietet aktuell eine Patientenorganisation eine Veranstaltung zu diesem Themenkomplex an.

Letztlich hängt das Maß, in dem sich Selbsthilfe-Kontaktstellen an Gremien wie der KGK beteiligen können von den personellen Ressourcen ab – und die werden in unserer Befragung von einigen Selbsthilfe-Kontaktstellen als zu gering bewertet.

Perspektiven für ein wünschenswertes Zukunftsszenario

Unsere Befragung endete mit der Frage nach einem wünschenswertem Zukunftsszenario. Die Äußerungen der Selbsthilfe-Kontaktstellen können in folgenden Punkten zusammengefasst werden:

- **Bessere Gestaltung der Arbeitsgruppen**, mehr Praxisorientierung, mehr Wertschätzung für die spezifische Art und Arbeitsweise der Selbsthilfe
- **Kommunale Gesundheitskonferenz als relevantes Gremium ernstnehmen**, Macht und Einfluss des Gremiums nutzen, Unterstützung und Umsetzung ihrer Arbeit vor Ort
- **Aktivierung der Selbsthilfe**: Eigene Interessen wahrnehmen, Ideen einbringen, stärker auf die Gesundheitsplanung einwirken
- **Vernetzung** von Selbsthilfe und PatientenvertreterInnen, Schulung zu Rolle und Aufgaben
- **Gewinnung von Zielgruppen**, jüngere Altersgruppen und Familien mit Migrationshintergrund
- **Personelle Ressourcen der Selbsthilfe-Kontaktstellen**, gute Gremienarbeit ist mit der vorhandenen personellen Ausstattung kaum zu leisten, schon gar nicht von Selbsthilfe-Büros mit ihrer begrenzten Kapazität
- **Einfluss über die Landesebene** (auf die Ärzteschaft) um die Bedeutung der Selbsthilfe auch auf örtlicher Ebene zu verdeutlichen

Schlussbemerkungen

Begonnen haben wir mit dem Hinweis auf den Artikel „Etwas Besseres als die Kommunale Gesundheitskonferenz haben wir derzeit nicht“. Nun, nach Auswertung unserer Befragung, sehen wir durchaus Verbesserungen. So ist die Selbsthilfe akzeptiert, wird einbezogen und kann über die KGK in vielen Fällen zufriedenstellende Erfolge erzielen. Als regionales Gremium ist diese eine geeignete Plattform, durch die das Erfahrungswissen der Selbsthilfe – über alltäglich erlebte Probleme des Lebens mit gesundheitlichen Einschränkungen und den daraus resultierenden Änderungsbedarfen – in die Versorgungsstrukturen einfließt.

Um allerdings eine wirksame Beteiligung der Selbsthilfe zu gewährleisten, bedarf es mancherorts einer strukturellen Weiterentwicklung der Arbeitsweise der KGK. Und auch nach außen hin scheint sich manches Gremium zum Teil selbst nicht ernst zu nehmen und verpasst die Chance, sich tatkräftig für die Verbesserungen vor Ort einzusetzen.

So positiv die Anerkennung und Einbeziehung der Selbsthilfe ist, so erweist sich der Zeitaufwand, den Selbsthilfe-Kontaktstellen, aber auch einzelne Selbsthilfegruppen für Gremienbeteiligung bzw. die Schulung / Begleitung der Selbsthilfegruppen leisten, als hoch.

Um auch künftig die Praxisnähe und Alltagserfahrungen in kommunale Gremien einbringen zu können, muss zwischen Aufwand und Wirkung sorgfältig abgewogen werden. So bleibt es eine Herausforderung für die Selbsthilfe, Prioritäten zu setzen und zu entscheiden, in welchen Gremien die Mitarbeit wichtig und erfolgversprechend ist. Mit der knappen Ressource Zeit sollte sorgfältig umgegangen werden. Zeitliche Gründe sprechen auch – soweit vor Ort erforderlich – für die weitere Verbesserung einer klaren Zielführung und Effizienz im Rahmen der Strukturen und Arbeitsweisen der Kommunalen Gesundheitskonferenz.

Anmerkungen

1 Christa Steinhoff-Kemper: Etwas Besseres als die Kommunale Gesundheitskonferenz haben wir derzeit nicht. In: Selbsthilfegruppenjahrbuch 2004, S. 132-135

2 Karin Marciniak: Mitglieder aus den Bielefelder Selbsthilfegruppen für Frauen nach Krebs stellen ihre Erfahrungen für die Kommunale Gesundheitskonferenz zur Verfügung. In: Selbsthilfegruppenjahrbuch 2006, S. 152-156

Anne Kaiser ist als Diplom-Pädagogin seit 2003 bei der Koordination für Selbsthilfe-Unterstützung in Nordrhein-Westfalen (KOSKON NRW) tätig. Die Befragung der Selbsthilfe-Kontaktstellen wurde durch das Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter (MGPEA) NRW angestoßen, um eine Bilanz über 15 Jahre Kommunale Gesundheitskonferenzen in Nordrhein-Westfalen ziehen und Perspektiven der weiteren Zusammenarbeit entwickeln zu können.