

selbsthilfegruppenjahrbuch

2003

**Deutsche Arbeitsgemeinschaft
Selbsthilfegruppen**

selbsthilfegruppenjahrbuch 2003

Herausgeber:

Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V.
Friedrichstr. 28, 35392 Gießen

Redaktion:

Anita Jakubowski, Koordination für Selbsthilfe-Kontaktstellen in
Nordrhein-Westfalen der DAG SHG e.V. (KOSKON),
Friedhofstr. 39, 41236 Mönchengladbach, Tel.: 02166/248567
Jürgen Matzat, Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen der DAG SHG e.V.,
Friedrichstr. 33, 35392 Gießen, Tel.: 0641/99-45612
Wolfgang Thiel, Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung
und Unterstützung von Selbsthilfegruppen der DAG SHG e.V. (NAKOS),
Wilmersdorfer Straße 39, 10627 Berlin, Tel.: 030/31018960

Umschlag:

Lutz Köbele-Lipp, Kubik, Berlin

Satz und Layout:

Focus Verlag GmbH, Gießen

Druck:

Druckkollektiv, Gießen

ISSN 1616-0665

Namentlich gezeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der
Redaktion wieder. Nachdruck einzelner Artikel nur mit ausdrücklicher
Genehmigung der Redaktion und der Autoren.

Herstellung und Versand dieser Ausgabe des »selbsthilfegruppenjahrbuchs«
wurde gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und
Jugend, von der »GlücksSpirale« und von folgenden Krankenkassen:

Deutsche Angestellten Krankenkasse – DAK, BARMER Ersatzkasse,
Gmünder Ersatzkasse – GEK, Kaufmännische Krankenkasse – KKH,
Hamburg-Münchner Krankenkasse, Hanseatische Krankenkasse – HEK,
Krankenkasse für Bau- und Holzberufe – HZK, BRÜHLER – Die Ersatzkasse,
Buchdrucker-Krankenkasse, KEH-Ersatzkasse, Techniker Krankenkasse.

Wir bedanken uns ganz herzlich!

*Zur Unterstützung unserer Vereinsarbeit bitten wir Sie herzlich um eine
Spende (steuerlich abzugsfähig) auf unser Konto Nr. 6.3030.05 bei der
Volksbank Gießen (BLZ 513.900.00).*

Kooperation von Selbsthilfekontaktstellen mit dem professionellen Versorgungssystem – den Wandel mit den Akteuren initiieren

Selbsthilfe-Unterstützung in der *Integrierten Versorgung* am Beispiel der Entwicklung eines Kooperationsprojektes »dialog – Münchner Ärzte und Selbsthilfegruppen«

Nimmt man die Diskussion um ein zukunftsfähiges Gesundheitssystem ernst, so steckt eine der Chancen und Herausforderungen in der Entwicklung und dem Ausbau einer *Integrierten Medizin* und einer *Integrierten Versorgung*. Ellis Huber (2002) nennt sie die Schlüsselprozesse für das Gesundheitswesen der Zukunft: »Die damit einhergehende Modernisierung wird die Professionen und Institutionen, Ärzte und Krankenkassen, Dienstleister und Finanziere zu einem neuen Miteinander zwingen und eine systemische Sicht des Zusammenwirkens durchsetzen«. Er schlägt vor, daß sich ähnlich wie Unternehmen in der Privatwirtschaft die Akteure des Gesundheitswesens am Leitbild des lernenden Systems orientieren und eine Kooperations-Kultur aufbauen. Neben der Überwindung der bisherigen sektoralen Gliederung durch neue Strukturmuster der Versorgung plädiert er für sozial vernetzte Versorgungsprozesse auf lokaler, regionaler oder nationaler Ebene, die einzelne Menschen ermuntern könnten, möglichst selbstbestimmt und selbstverantwortlich mit ihrer Lage fertigzuwerden.

Die unterschiedlichen Akteure des Gesundheitssystems miteinander zu vernetzen und zur Zusammenarbeit zu befähigen, ist Teil der programmatischen Aussagen der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, die besonders den Aspekt der Selbsthilfe betont. Während sich in den letzten 20 Jahren immer mehr Menschen in Selbsthilfegruppen organisieren und damit zeigen, daß sie in der Lage sind, ihre Belange dort in die Hand zu nehmen, wo sie leben und arbeiten, kann bisher nur punktuell davon gesprochen werden, daß es zwischen Gesundheitsselbsthilfegruppen und dem professionellen Versorgungssystem zu einem gemeinsamen und koordinierten Handeln kommt (Stark u. a. 2000), wie es für eine gesundheitsfördernde Gesamtpolitik gefordert wird. Vielmehr scheitert die Zusammenarbeit immer wieder an Interessensunterschieden und einer fehlenden Beziehungsarbeit zwischen den beiden Kulturen, die qualifiziert unterstützt werden müßte (Findeiß u. a. 2000).

Die professionelle Selbsthilfe-Unterstützung hat es sich daher von Anfang an zur Aufgabe gemacht, das Zusammenwirken von Laienkompetenz und Expertenkompetenz in der Gesundheitsversorgung zu befördern.

Die Gesundheitsreform 2000, insbesondere die Novellierung des § 20 SGB V, eröffnet nun auf gesetzlicher Grundlage neue Chancen für die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsselbsthilfe und dem professionellen Versorgungs-

system. Mit der inhaltlichen Ausgestaltung der Selbsthilfeförderung durch die Spitzenverbände der Krankenkassen¹ in Zusammenarbeit mit Vertretern der Selbsthilfe-Unterstützung sind darüber hinaus vorteilhafte Bedingungen entstanden, um diese Selbsthilfekontaktstellenaufgabe gezielt weiterzuentwickeln.

Im folgenden Beitrag soll gezeigt werden, wie auf lokaler Ebene eine Kooperations-Kultur erfolgreich initiiert werden konnte, mit dem Ziel, über ein Kooperationsprojekt die Gesundheitsselbsthilfe konkret in die Versorgungskette einzubinden und damit dem Zukunftsszenarium eines empowermentorientierten Gesundheitssystems etwas näher zu kommen. Die Verfasserin bezieht sich in den nachfolgenden Ausführungen explizit auf den inhaltlichen Beitrag und den organisatorischen Blickwinkel seitens des Münchner Selbsthilfezentrums. Mit dem Projekt sollte ein Aufgabenfeld in der Selbsthilfe-Unterstützung, das bisher im Tagesgeschäft des Selbsthilfezentrums nicht mit der notwendigen Intensität verfolgt werden konnte, herausgegriffen und vertieft bearbeitet werden. Für die Projektentwicklung und das Projektmanagement der Vor- und Aufbauphase des Modellprojekts waren ca. 36 Monate angesetzt, in einem Zeitraum von Anfang 2000 bis Ende 2002. Selbstredend waren die spezifischen Beiträge der involvierten Kooperationspartner für das Gelingen des Kooperationsprojektes unerlässlich. Dem Einsatz engagierter Ärztinnen und Ärzte im Fachausschuß »Kooperation Ärzte – Selbsthilfegruppen« im Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband München (ÄKBV) und einer engagierten Vertreterin der Rheuma-Liga ist es zu verdanken, daß das Projekt zügig vorankam. Das Zusammenwirken von Expertenkompetenz und Betroffenenkompetenz ermöglichte gleich zu Anfang, die Grundzüge des Kooperationsprojekts inhaltlich und konzeptionell abgestimmt zu erarbeiten.

In diesem Kontext verstand sich das Selbsthilfezentrum als *Mittler* (facilitator), der die notwendigen personellen, infrastrukturellen und finanziellen Rahmenbedingungen für das Modellprojekt schaffen konnte, wie auch als *Befähiger* und als *Multiplikator* professioneller Arbeitsweisen und einer empowermentorientierten Haltung. Aufgrund vorangegangener Projekterfahrungen konnte das Selbsthilfezentrum seine spezifischen Kompetenzen als Projektleitung einsetzen und die vielfältigen parallel laufenden Aktivitäten koordinieren und steuern. Während der Aufbauphase übernahm es die Rolle der Moderation zwischen den Kooperationspartnern und fungierte als gleichwertiger Partner bei der Umsetzung der Projektziele.

Mit dem offiziellen Projektbeginn Dezember 2001 wurde zur Unterstützung der Projektleitung ein *Fachbeirat* eingerichtet und vom Träger FÖSS e. V. eine zusätzliche Personalstelle für eine Projektmitarbeiterin geschaffen. Gerade während der einjährigen Pilotphase sollte das Projekt intensiv unterstützt werden, um gute Ergebnisse zu erzielen und projektmanagementbezogene Instrumente wie auch gesicherte finanzielle Grundlagen für eine Weiterführung zu schaffen. Dazu zählte ebenso die Durchführung einer *externen Begleitevaluation*, die vom Projektträger in Auftrag gegeben wurde. Mit den tatsächlichen ersten Erfolge und mit Hilfe der positiven Evaluationsergebnisse konnte

eine erneute Mittelsicherung für ein weiteres Jahr erreicht werden, was die Voraussetzung schuf, die Projektleitung im Dezember 2002 für das nun laufende Geschäft an die inzwischen gut eingearbeitete Mitarbeiterin zu übergeben und das Projekt direkt dem Träger zu unterstellen.

Das Projekt »dialog – Münchner Ärzte und Selbsthilfegruppen« hat konzeptionell eine Laufzeit von fünf Jahren. In dieser Zeit ist angestrebt,

- daß mit den über das Projekt gegebenen Impulsen und gezielten Maßnahmen bei Selbsthilfegruppen wie bei den Vertreter/innen der professionellen Gesundheitsversorgung die Zusammenarbeit zum Nutzen der Patient/innen im besten Fall für beide Seiten selbstverständlicher geworden ist,
- daß als Folge der konkreten Unterstützungsmaßnahmen einzelne Kooperationsprojekte dauerhaft weitergeführt werden und mehr Selbsthilfegruppen befähigt sind, konkrete Kooperationen selbständig herzustellen,
- daß über die laufende Integration der Erkenntnisse aus den Prozessen und den Projektergebnissen im Selbsthilfezentrum Fachwissen und Prozeßkompetenz erweitert werden, um neue Felder der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgungsfelder für die Selbsthilfe gezielt zu erschließen und professionell zu unterstützen
- und daß das bisher bundesweit einmalige Projekt »Nachahmer« in anderen Regionen findet und sich insbesondere weitere Selbsthilfekontaktstellen daranmachen, an der Öffnung des professionellen Versorgungssystems für Gesundheitsselfhilfe – wie es über die Gesundheitsreform ermöglicht wird – in ähnlicher Weise aktiv mitzuwirken.

Im ersten Teil werden nun – anhand ausgewählter Schwerpunkte – die konkrete Arbeitsweise und die dabei gemachten Beobachtungen und Erfahrungen beschrieben, auf die sich das Projekt *inhaltlich* im ersten Jahr konzentrierte. Der zweite Teil konzentriert sich auf die *Projektentwicklung* und welche Rahmenbedingungen – zusammengefaßt in sogenannten *Lessons learned* – es ermöglichen, im Rahmen der Selbsthilfe-Unterstützung ein Kooperationsprojekt kunden- und prozeßorientiert zu initiieren und zu führen.

Das Leistungsspektrum des Projekts

Das Projekt »dialog – Münchner Ärzte und Selbsthilfegruppen« versucht, in einem sensiblen Feld *in enger Abstimmung mit den potentiellen Kooperationspartner/innen* die Hürden zu überwinden, die auf beiden Seiten ein Aufeinanderzugehen behindern, insbesondere über den Aufbau von Kommunikation und Know-how und die Verbreiterung einer qualitativen Informationsbasis zu Selbsthilfe und Selbsthilfegruppen². Wichtig ist dem Selbsthilfezentrum dabei, daß Ärzte / Ärztinnen und Selbsthilfegruppen als *gleichwertige Partner* anzusehen sind, daß die Zusammenarbeit dem wechselseitigen Nutzen dient und für beide Seiten attraktiv ist.

Im ersten Projektjahr konzentrierte sich *dialog* auf die *Öffentlichkeitsarbeit* und die Entwicklung von *Kooperationsprojekten* zwischen ausgewählten

Selbsthilfegruppen chronisch Kranker mit Haus- bzw. Fachärzten / Fachärztinnen im ambulanten Bereich und mit Fachabteilungen im stationären Bereich. Auslösend dafür war, daß sich nach einer Fragebogenaktion über 50 Gesundheitsselbsthilfegruppen in einer Präsentationsveranstaltung im Selbsthilfezentrum über das Projekt informieren ließen und sozusagen »in den Startlöchern« für eine Mitarbeit standen. Auf der anderen Seite hatte bereits zu einem früheren Zeitpunkt der Fachausschuß »Kooperation Ärzte-Selbsthilfegruppen in München« den Kooperationsbedarf bei Arztpraxen und Kliniken erhoben, dessen Auswertung ebenfalls in vielen Punkten mit den Kooperationswünschen der Selbsthilfegruppen übereinstimmte.

Schwerpunkt: Kooperationsberatung mit Selbsthilfegruppen

Seit dem offiziellen Start im Dezember 2001 ist es gelungen, mit mehr als zehn Selbsthilfegruppen sowie mit einer ähnlichen Anzahl von ärztlichen Partner/innen in Praxen oder in Fachabteilungen von Kliniken Kooperationsberatungen durchzuführen, die zu vielfältigen Ergebnissen führen: Beispielsweise können Selbsthilfegruppen im stationären Sektor gemeinsam mit den Ärztinnen / Ärzten Informationsveranstaltungen für Patient/innen gestalten, regelmäßig Sprechstunden für Patient/innen auf Station abhalten, in Qualitätszirkeln mitwirken, in Fortbildungsveranstaltungen mit auftreten, oder mit Ärztinnen / Ärzten vereinbaren, daß bei Entlassungsgesprächen wie auch bei Rezeptausgaben prinzipiell auf die relevante Selbsthilfegruppe verwiesen wird.

Umgekehrt ist es das Anliegen vieler Selbsthilfegruppen, Ärztinnen und Ärzte für eine kontinuierliche Information in den Gruppentreffen zu gewinnen. Dieses Anliegen kommt, wie sich im Kontakt mit der ärztlichen Seite herausgestellt hat, nur teilweise deren Wünschen entgegen: Einige Ärztinnen / Ärzte befürworten dies, weil sie damit einen persönlichen Eindruck von der Arbeitsweise der Gruppe erhalten, in die sie ihre Patient/innen dann vermitteln können. Von anderen wird das Anliegen ambivalent aufgenommen: Einige erhoffen sich damit eine bessere Patient/innen-Bindung, von anderen wird eher der Zustrom von solchen Patient/innen befürchtet, die das Budget belasten könnten.

Allen Kooperationsvereinbarungen geht voraus, daß mit den Selbsthilfegruppen wie auch mit der ärztlichen Seite vor dem ersten Kontakt Informations- und Beratungsgespräche (*Monitoring* entlang eines Interview-Leitfadens) geführt werden, um den Bedarf zu eruieren, die Zielsetzung der Zusammenarbeit herauszuarbeiten und das mögliche Unterstützungsangebot durch *dialog* zu klären. *dialog* nimmt dabei weder den Selbsthilfegruppen noch den Ärztinnen / Ärzten »die Arbeit ab«, die es zur konkreten Vorbereitung von Kooperationen braucht, vielmehr unterstützt es durch Koordinierung der Termine, sichert die Ergebnisse der Vorbesprechungen und moderiert die ersten gemeinsamen Treffen und Veranstaltungen.

Klare Zielvereinbarungen und konsequente Terminverfolgung gehören zu den wesentlichen Aufgaben der Kooperationsunterstützung. Vielfach wurde beim *Monitoring* die Erfahrung gemacht, daß eine bessere Zusammenarbeit mit den

Professionellen von den Selbsthilfegruppen zwar gewünscht wird, jedoch besteht häufig Unklarheit darüber, mit welcher konkreten Zielsetzung und wie das Ergebnis sein soll. Auch scheuen einige Gruppenmitglieder davor zurück, sich aufgrund ihres Betroffenseins kontinuierlich in der Praxis oder in der Klinik zu engagieren, was auf professioneller Seite oft als Unzuverlässigkeit ausgelegt wird.

Der Zeitrahmen für die Anbahnung von Kooperationen zwischen Selbsthilfegruppen und Ärztinnen / Ärzten mußte daher viel höher angesetzt werden, als vom Projekt ursprünglich geplant war. Das ist einerseits auf die Problematik der Betroffenheit der Gruppenmitglieder zurückzuführen, da akute Erkrankungen immer wieder zu Terminverschiebungen führen. Aber auch mit den Ärztinnen / Ärzten in den Praxen und Kliniken müssen Gesprächstermine weit im voraus vereinbart werden, die nicht selten zuletzt, aufgrund eines Notfalleinsatzes, dann doch noch kurzfristig abgesagt werden. Die Zeitperspektive ist daher eine Dimension in der Umsetzung des Projekts, die auch künftig für den Erfolg von Kooperationen einen Unsicherheitsfaktor darstellt, weil die Gefahr besteht, daß trotz guten Willens vereinbarte Maßnahmen wieder im Sand verlaufen. Interessierten Selbsthilfegruppen wird daher geraten, unbedingt mit mehreren Gruppenmitgliedern das Anliegen in Angriff zu nehmen, um sich im akuten Krankheitsfall vertreten zu können.

Einen größeren Teil der bisherigen Beratungsarbeit von *dialog* macht aus, die Gruppenmitglieder darin zu schulen, ihren Auftritt professionell zu gestalten (*Briefings*). Die Selbstdarstellung und das Anliegen werden innerhalb der Gruppe häufig schriftlich vorbereitet und im *Briefing* auf die Zeit des Vortrags, auf den Informationsgehalt der Selbstdarstellung und auf positive Formulierung des Anliegens geachtet. In einem nächsten Schritt werden die Gruppenmitglieder in *Präsentations-* und *Verhandlungstechnik* eingeführt. Schließlich geht es bei den Kontakten mit dem professionellen Versorgungssystem ja darum, mit den Ärztinnen / Ärzten gemeinsam Vorschläge für eine weiterführende und nachhaltige Kooperation zu verhandeln und Vereinbarungen herbeizuführen, die von beiden Seiten eingehalten werden. Ziel dieser *Briefings* und der *Schulungen*, die künftig ein fester Bestandteil des Fortbildungsangebots für Selbsthilfegruppen durch das Selbsthilfezentrum sein sollen, ist es schließlich, die Gruppenmitglieder zu befähigen, solche Schritte künftig ohne Begleitung von *dialog* erfolgreich gehen zu können.

Schwerpunkt: Ärztinnen und Ärzte über Informationen aktivieren

Völlig anders läuft die Vorbereitung auf ärztlicher Seite, um Kooperationen mit Selbsthilfegruppen anzubahnen. Im Gegensatz zu Selbsthilfegruppen, die über das ärztliche Tun, über Therapien und Medikamente meistens bestens informiert sind, haben Ärztinnen / Ärzte nach wie vor wenig bis keine Informationen zur Wirkweise von Selbsthilfe und zu Selbsthilfegruppen in ihrem Fachgebiet. Nach wie vor wird dem Thema Selbsthilfe und Selbsthilfegruppen im besonderen mit Vorbehalten begegnet, was häufig aus Unkenntnis heraus geschieht. Eingeräumt werden muß allerdings, daß die Ärzteschaft bisher vielfach nicht als relevante Zielgruppe von Selbsthilfekontaktstellen erkannt war

und deshalb in Maßnahmen der Kundenpflege selten angesprochen ist. Für die Umsetzung der Projektziele gilt es nun in erster Linie, ein Informationsdefizit zu beheben.

In den vom Fachausschuß »Kooperation Ärzte-Selbsthilfegruppen in München« organisierten Veranstaltungen mit Vertreter/innen der Fach- und Hausarzt-Kreise wurden immer wieder Selbsthilfegruppen zu vielfältigen Krankheitsbildern nachgefragt, und die angebotene Unterstützung durch das Selbsthilfezentrum stößt bei vielen Ärztinnen und Ärzten auf großes Interesse. Insbesondere die Vermittlung von Patient/innen an Selbsthilfegruppen über die Selbsthilfekontaktstelle wird zunehmend als Entlastung empfunden. Das Angebot (telefonisch, per E-Mail oder über die Homepage) wird seit einigen Monaten verstärkt genutzt, was sich aus der Statistik der Kontaktstelle ablesen läßt.

Bereits in einer sehr frühen Phase des Projekts hat das Selbsthilfezentrum zusammen mit dem Fachausschuß »Kooperation Ärzte-Selbsthilfegruppen in München« bei ca. 600 Gesundheitsselbsthilfegruppen eine Anfrage gestartet, ihre Selbstdarstellung für eine Veröffentlichung in den »Münchner Ärztliche Anzeigen« (MÄA) zur Verfügung zu stellen. Diese Zeitschrift wird wöchentlich vom ÄKBV herausgegeben und an die niedergelassenen Ärztinnen / Ärzte Münchens und Umgebung verteilt. Sie erzielt aufgrund ihrer aktuellen Informationen einen hohen Aufmerksamkeitswert. Inzwischen ist es gelungen, eine feste Rubrik zu reservieren, in der alle zwei Wochen die Arbeitsweise einer ausgewählten Selbsthilfegruppe vorgestellt wird. Dabei wird auf das Kooperationsprojekt wie auf die Kontaktstelle des Selbsthilfezentrums verwiesen.

Aus den bisherigen Kontakten und Aktionen folgten Einladungen an das Selbsthilfezentrum bzw. an das Projekt *dialog* aber auch verschiedentlich an Vertreter/innen von Selbsthilfegruppen, in Qualitätszirkeln, ärztlichen Informationsveranstaltungen oder Podiumsdiskussionen, die Wirkweise von Selbsthilfe, die Arbeit der Selbsthilfe-Unterstützung und die von Selbsthilfegruppen vorzustellen. Wünschenswert für die Zukunft ist die stärkere Einbindung in ärztliche Fortbildungen wie auch bei Kongressen auf lokaler Ebene.

Projektentwicklung und Projektmanagement

Kooperation ist eine Strategie, die durch die Bündelung von Wissen, Erfahrung und sich ergänzender Perspektiven zum Erfolg führen soll. Die Projektleitung muß daher in einem Projekt, das wie im vorliegenden Fall von der Expertise mehrerer – in ihrem Selbstverständnis sehr heterogener – Projekt-Partner/innen abhängt, die Interessen und das Know-how zusammenführen, die explizit das Projekt in seiner Weiterentwicklung unterstützen. Dazu wurden hilfreiche Instrumente, aber auch Schlußfolgerungen aus praktischen Erfahrungen entwickelt, wie ein solcher Begleitprozeß erfolgreich geführt werden kann. Mit den *Lessons learned* wird den Kolleg/innen von Selbsthilfekontaktstellen eine erste Handreichung gegeben, wie sie ihre Kooperations-Kultur zwischen der Gesundheitsselbsthilfe und dem professionellem Versorgungs-

system vor Ort professionell ausbauen können. Damit wird auch einem explizitem Wunsch der Geldgeber entsprochen, das Modellprojekt in anderen Regionen zur Nachahmung zu empfehlen und die notwendige Unterstützung für den Transfer zur Verfügung zu stellen. Um den Rahmen dieses Textes nicht zu sprengen, können hier nur ausgewählte Stationen der Projektentwicklung beschrieben werden. Sie berücksichtigen darüber hinaus auch die Besonderheiten der Ausgangssituation in München und die bisherige Arbeitsweise des Selbsthilfezentrums.

Rahmenbedingung: Gesetzliche Grundlagen – neue Partnerschaften

Mit der Verabschiedung gemeinsamer und einheitlicher Grundsätze der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe bekunden Krankenkassen ihr Selbstverständnis zu den verschiedenen Gliedern der Selbsthilfe und deren förderfähigen Inhalten. Dies stellt einen wichtigen Grundstein für die Zusammenarbeit zwischen Selbsthilfe-Unterstützungsstellen und Krankenkassen dar. Der für das Kooperationsprojekt entscheidende Schritt war, daß es erstmals möglich wurde, die gesetzlichen Krankenkassen als einen weiteren Akteur im Gesundheitswesen auf neue Wege in der Gesundheitsförderung bzw. Gesundheitsversorgung verbindlich anzusprechen und sie für ein »Modell guter Praxis« zu gewinnen, das potentiell allen Beteiligten zugutekommt.

Auf die Situation in München bezogen war es hilfreich, daß schon über Jahre hinweg zu verschiedenen selbsthilferelevanten Themen und Projekten zwischen dem Selbsthilfezentrum München insbesondere zur Direktion der AOK München aber auch zu den Vertreter/innen der GKV und der Ersatzkassen auf Landesebene sowie zu engagierten Ärztinnen / Ärzten aus dem Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband München (ÄKBV) ein produktiver Dialog bestand, der nun unter neuen Vorzeichen wieder aufgegriffen werden konnte.

Eine wichtige *Lesson learned* in der Vorbereitung von Kooperationsprojekten durch Selbsthilfekontaktstellen ist deshalb, frühzeitig mit dem *Aufbau* und der *Pflege von Allianzen* (Krankenkassen, kommunale Stellen, Ärzteverbände) zu gemeinsam interessierenden, übergreifenden gesundheits- und sozialpolitischen Themenstellungen und Zielsetzungen zu beginnen.

Die Investition in ein qualifiziertes Beziehungsnetzwerk ist zeitaufwendig, denn sie erfordert eine intensivere Beschäftigung mit dem komplexen Netzwerk von Hilfe und Unterstützung, das hier – über die engere Definition von Selbsthilfe-Unterstützung hinausgehend – im bestehenden Gesundheits- und Sozialsystem immer wieder auf Empowermentorientierung für die Bürgerin und den Bürger abgeklopft werden sollte.

Ein solcher »Aufwand« erschließt sich für manche/n Selbsthilfe-Unterstützer/in nicht sofort. Oft wird der unmittelbare monetäre Nutzen gesucht und direkt mit Forderungen verknüpft, die beim potentiellen Kooperationspartner dann jedoch nicht anschlussfähig sind. Gerade der Dialog, bei dem auf beiden Seiten die Fachkompetenz gestärkt und im »Mitgehen« das Gegenüber ernstgenommen wird, hält das Interesse an strukturellen Veränderungen wach. Es schafft wechselseitig die notwendige Vertrauensbasis für den potentiellen

unmittelbaren Zugang zu fachlichen und finanziellen Ressourcen, die bei der Umsetzung von innovativen Ideen dann gebraucht werden.

Rahmenbedingung: Empowermentorientierung – Projektentwicklung mit statt für den Kooperationspartner

Ein wesentliches Prinzip von Empowerment ist, daß professionelle Fachkräfte in der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung nicht paternalistisch *für* sondern *mit* den Patient/innen und Klient/innen an der Lösung ihrer Probleme arbeiten. Gerade in der Selbsthilfe – die ein Paradebeispiel für empowermentorientiertes Handeln im Gesundheits- und Sozialbereich darstellt – kommt den Selbsthilfe-Unterstützer/innen die Aufgabe zu, geeignete, selbsthilfefreundliche Rahmenbedingungen zu schaffen bzw. sich für diese einzusetzen.

Damit Selbsthilfe als anerkannter Partner das nötige Gewicht bekommt und den in der Entwicklung eines *Integrierten Versorgungssystems* geforderten Stellenwert einnehmen kann, muß die professionelle Selbsthilfe-Unterstützung einen anderen Blickwinkel einnehmen, als eine einzelne Selbsthilfegruppe bzw. Selbsthilfe-Organisation, die ihr Anliegen »punktgenau« (beispielsweise zu einer bestimmten chronischen Erkrankung) mit den Betroffenen verfolgt: Im besten Fall (er)kennen Selbsthilfe-Unterstützer/innen die Architektur des gesamten Versorgungssystems und sein Veränderungspotential. So können sie die Anliegen und Anforderungen des professionellen Versorgungssystems und dessen Rahmenbedingungen, wie auch die Anliegen von und Erwartungen an Selbsthilfegruppen miteinander sinnvoll verbinden. Im Sinne der Patient/innenorientierung Möglichkeiten für Selbsthilfe und Selbstorganisation im System auszuloten und an positiven Synergie-Effekten in der Versorgung der Bürger/innen professionell mitzuwirken, gehört zu den Aufgaben der Selbsthilfe-Unterstützung auf der strukturellen Ebene.

Lesson learned: Künftig werden Maßnahmen zur Umsetzung integrierter Versorgungskonzepte nur dann erfolgreich sein, wenn sich bei *allen* Akteuren im Gesundheitswesen die Empowermentorientierung wie ein roter Faden durch deren Haltung und Arbeitsweise zieht. Bei der Entwicklung des Projekts war deshalb eine wichtige Maxime des Selbsthilfezentrums, den Prozeß als *Facilitator* zu begleiten und sich selbst pro-aktiv als Kooperationspartner einzubringen, der sich mit seiner *Werterhaltung* immer wieder zur Diskussion stellt und diese im Rahmen der Entwicklung des Projekts vorlebt.

Projektarbeit ist Teamarbeit mit allen relevanten Partnern von Anfang an. Diese Sicht- und Arbeitsweise erleichtert es, die Laienkompetenz der Gesundheitsselbsthilfe und die Fachkompetenz der professionellen Gesundheitsversorgung als gleichwertig nebeneinander zu verstehen.

Rahmenbedingung: Transparenz und Kundenorientierung – Wie die Idee laufen lernte ...

Nachdem im Fachausschuß feststand, daß das künftige Projekt organisatorisch an das Selbsthilfezentrum angebunden werden sollte, was einem expliziten Wunsch der Geldgeber entsprach, entfalteten alle bisher Beteiligten um-

fassende Aktivitäten, um in ihren Kreisen für das Projekt zu werben. Die Spitzen der ärztlichen Verbände, der städtischen Referate und beider bayerischer Krankenkassenverbände wurden zu Präsentationsveranstaltungen eingeladen und das positive Votum für das Konzept von allen potentiellen Entscheider/innen eingeholt. Artikel wurden in ärztlichen Fachzeitschriften plazierte, die zur Zusammenarbeit mit der Gesundheitsselbsthilfe aufriefen. Das Selbsthilfezentrum informierte seinerseits über das Konzept in seinen Printmedien und stellte es bei den Münchner Gesundheitsselbsthilfegruppen zur Diskussion. Daß bereits im Fachausschuß die übergreifende Zusammenarbeit funktionierte, wurde als positives Signal gewertet, so daß die treibenden Kräfte auch künftig dem Projekt zugutekommen sollten. Es wurde ein *Fachbeirat* ins Leben gerufen, in dem Selbsthilfegruppen ebenso vertreten sind wie die Ärzteschaft. Darüber hinaus konnten die Krankenkassenverbände wie auch die städtische Verwaltung gewonnen werden, so daß im Fachbeirat derzeit alle sechs Geldgeber eingebunden sind. Vorstellbar ist, sobald sich das Projekt stärker der Zielgruppe der Pflegekräfte zuwendet, auch diese zur Mitwirkung in das Gremium einzuladen. Erste Kontakte wurden inzwischen auf dem Pflegekongreß in München aufgenommen.

Als wichtiges Instrument zur Etablierung des Projekts erwies sich der aus dem Konzept erstellte *Projektplan (Business-Plan)*, der den Kostenplan und Finanzbedarf gegenüber den Geldgebern unterfütterte und nachvollziehbar machte. Dieser Projektplan bezieht sich auf die zukünftigen Ergebnisse, zeigt die Kernkompetenzen und das Wachstumspotential des Projekts auf, sowie den Nutzen für die Zielgruppen. Ein daraus resultierender *Maßnahmenkatalog* wurde mit der dazugehörigen Zeitschiene für das erste Jahr vorgelegt und mit dem *Fachbeirat* abgestimmt. In einer unterjährigen Berichterstattung über Projektaktivitäten und -ergebnisse konnten die qualitativen Beiträge, die mit Hilfe der Projektpartner/innen als Gesamtleistung erreicht wurden, verdeutlicht werden, ohne daß es im einzelnen nötig ist, eine einzelne Maßnahme einem bestimmten Geldgeber verwendungsmäßig zuzuordnen.

Lesson learned: In der Projektarbeit, die auch die strategische und interessenspolitische Dimension der Akteure berücksichtigen muß, kommt es darauf an, die scheinbar »unsichtbaren« Akteure für eine qualitative Weiterentwicklung des Projektes dauerhaft zu gewinnen. Gerade die Krankenkassenverbände und die Referate der städtischen Verwaltung sollten nicht auf die Rolle als Geldgeber reduziert werden. Sie sind ebenso in ihrem Know-how gefragt. In einem kompetent zusammengesetzten Gremium können die wechselnden und komplexen Anforderungen aus der Gesundheits- und Kommunalpolitik eingebracht und mit den Zielsetzungen des Projekts in einen produktiven Bezug gesetzt werden. Der Erfolg des Projekts lebt von der Dynamik dieses Prozesses.

Eine konsequente Kundenorientierung der Projektleitung gegenüber den Projektpartner/innen ist Dreh- und Angelpunkt, um zu gewährleisten, daß alle Beteiligten die Bedeutung ihres Einzelbeitrags zum Gelingen des Projekts erkennen. Das heißt, der aktive Beitrag der jeweiligen Projektpartner/in zum Projektergebnis muß sichtbar gemacht und wertgeschätzt werden. Bis dahin

eher zurückhaltende Akteure im Gremium werden inspiriert, dem Projekt ebenfalls weitergehende Unterstützung anzubieten.

Einen wichtigen Beitrag zur Transparenz und damit zum wechselseitigen Vertrauen leistet ein *Projektplan*, der in Anlehnung an den *Business-Plan* für Unternehmungen der freien Wirtschaft die Geschäftsidee, die wichtigsten Strategien und die Umsetzungsplanung wiedergibt und damit auch der Beweisführung der eigenen Kompetenz und Zielstrebigkeit des Projekts dient. Gerade in Zeiten knapper öffentlicher Mittel ist es existentiell für ein Projekt, das Neuland betritt und deshalb noch keine Erfolge vorweisen kann, Geldgeber und ideelle Unterstützer von den angestrebten Ergebnissen zu überzeugen. Das Projektmanagement-Instrument dient jedoch nicht nur zur Akquirierung von Mitteln, sondern ist ein wertvolles Papier zur Zielvereinbarung, die jährlich fortgeschrieben werden muß. Die Orientierung am Kundennutzen kann über die Projektlaufzeit damit von den am Projekt Beteiligten am besten nachvollzogen werden.

Rahmenbedingung: Kommunikation und Qualität – die Akzeptanz nachhaltig fördern

Ein Kooperationsprojekt, das wiederum die Verbesserung von Kooperationen als strategische Zielsetzung hat, sollte – um akzeptiert zu sein – sich den Namen zum Programm machen. Wie über die bisherigen Ausführungen sicher deutlich wurde, sind die potentiellen Kooperationspartner/innen des Projekts immer stärker in das Geschehen mit einbezogen worden, je weiter die Idee und die Zielsetzung des Projekts gediehen und um so konkreter die Aktionen wurden.

Ein besonderes Augenmerk wurde darauf gelegt, wie es gelingt, das Projekt im Außenverhältnis so zu kommunizieren (beispielsweise über Pressemitteilungen oder über Diskussionsforen), daß es von den anzusprechenden Zielgruppen wie auch von der Fachöffentlichkeit akzeptiert wird. Deutlich wurde der Zusammenhang zwischen Akzeptanz und Kommunikation, als mit der Durchführung der externen *Begleitevaluation* begonnen wurde. Aus den Ergebnissen der Interviews, die vom Evaluationsteam an das Projekt und an den Fachbeirat zurückgekoppelt wurden, war zu erkennen in welchem Ausmaß Befürchtungen, Hoffnungen, gerechtfertigte, aber auch unrealistische Erwartungen mit der Arbeit dieses Projekts bei den Befragten aus unterschiedlichen Zielgruppen verknüpft waren.

Der Gefahr, daß sich Einseitigkeiten in der öffentlichen Wahrnehmung des Projekts einschleichen, die nicht gewünscht sind und der Zielsetzung des Projekts nicht dienen, ist bisher darüber begegnet worden, daß sich das Projekt ein deutliches Profil schaffen konnte, das auch nach außen über entsprechende Materialien und Medien wie auch über die Mitglieder des Fachbeirats kommuniziert wird.

Ein hilfreiches Instrument, um die Voraussetzungen für Akzeptanz systematisch zu erarbeiten, ist die Einführung eines dynamischen Qualitätsmanagement-Modells wie EFQM³, das auf Wunsch des Projektträgers vom Evaluationsteam als Grundlage der Fremd- und Selbstbewertung eingesetzt wurde.

Es erfordert die Ausformulierung der Zielsetzungen des Projekts und eine klare Festlegung von Verantwortlichkeiten, wie sie sich für die verschiedenen Aufgabenträger *Projektleitung, Fachbeirat und Projektträger* stellen. Mit der Einführung des EFQM-Modells wurden Grundlagen geschaffen, die künftig – wenn auch in einer weniger aufwendigen Form – ein kontinuierliches Qualitätscontrolling erlauben, das gegenüber Geldgebern wie Kooperationspartner/innen nachgewiesen werden kann. Es ermöglicht, sich den wandelnden internen und externen Anforderungen anzupassen und das Projekt weiterhin als einen kundenorientierten Entwicklungsprozeß zu verfolgen.

Lesson learned: Die Kommunikation nach innen und nach außen in einem Kooperationsprojekt mit heterogenen Projektpartner/innen und Zielgruppen stellt besondere Anforderungen an die Projektleitung, hier Rückkoppelungsprozesse zu initiieren, die das Vertrauen im jeweiligen Umfeld stärken (beispielsweise über die ›Türöffnerfunktion‹). Hilfreich ist es ebenfalls, wenn es gelingt, im Rahmen eines Qualitätsmanagements über ein gemeinsam erarbeitetes *Leitbild* einen Wertekonsens herzustellen und diesen mit einer hinter dem Projekt liegenden Vision zum *Integrierten Versorgungssystem* zu verbinden.

Abschließend soll die Gefahr nicht verschwiegen werden, daß es in einem Projekt – je länger es besteht, umso wahrscheinlicher – zu einem Auseinanderdriften von Projektpartner/innen, von gewünschten Zielsetzungen und Maßnahmen wie auch zu strukturellen und personellen Umsetzungshemmnissen kommen kann. Im Brennpunkt der Aufmerksamkeit in der Projektarbeit stehen daher immer die am Projekt beteiligten und vom Projekt betroffenen Personen und Gruppen – und damit das dynamische Geschehen im Spannungsfeld von Interessen, Bedürfnissen, Motivationen und Machtkonstellationen. Eine permanente Herausforderung an die *Fach- und Prozeßkompetenz des Trägers bzw. der Projektleitung* ist es, diese sich daraus ergebende Dynamik für das Vorankommen des Projekts produktiv umzusetzen.

Insgesamt und ermutigt durch die Entwicklung des Kooperationsprojekts »dialog – Münchner Ärzte und Selbsthilfegruppen« wird von Seiten des Selbsthilfezentrums der Schluß gezogen, daß gerade beim Schaffen eines *Integrierten Versorgungssystems* die Chance in Modellen liegt, die aus regionalen Gegebenheiten wachsen und von einer ›Entwicklungsgemeinschaft‹ getragen werden.

Anmerkungen

- 1 Siehe »Gemeinsame und einheitliche Grundsätze der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Förderung der Selbsthilfe gemäß § 20 Abs. 4 SGB V« vom 10. März 2000, insbesondere Kap. 3.3 (vgl. Borgetto / v. Troschke 2001).
- 2 Das im Juli 2000 erstellte Konzept mit umfassender Zielsetzung kann unter www.shz-muenchen.de in der Rubrik Gesundheitsförderung abgerufen werden. Verwiesen wird auch auf den ausführlichen Flyer des Projekts. Aktuelle Informationen zu den Aktivitäten des Projekts gibt es unter www.dialog-med.de.
- 3 Siehe Endbericht der externen Begleitevaluation erstellt vom Bayerischen Forschungs- und Aktionsverbund Public Health / sine – Süddeutsches Institut für empirische Sozialforschung e. V., München 2003.

Literatur

- Bayerischer Forschungs- und Aktionsverbund Public Health / sine – Süddeutsches Institut für empirische Sozialforschung e. V.: Endbericht der wissenschaftlichen Begleitung, Dialog – Kooperation Münchner Ärzte und Selbsthilfegruppen. München 2003 (zu beziehen über den Herausgeber FÖSS e. V., c/o Selbsthilfezentrum München)
- Bobzien, Monika / Hönigschmid, Cornelia / Stark, Wolfgang: Entwicklungen und Trends in der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe – Handlungsempfehlungen für die Zukunft der Selbsthilfe. Zusammenfassung der Ergebnisse und Konsequenzen der Delphi-Umfrage. Essen; München 2002 (zu beziehen über das Selbsthilfezentrum München)
- Borgetto, Bernhard / v. Trotschke, Jürgen: Entwicklungsperspektiven der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe im deutschen Gesundheitswesen. Schriftenreihe der Deutschen Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften an der Abt. für Medizinische Soziologie der Universität Freiburg, Band 12. Freiburg i. Br. 2001
- Böhm, Birgit / Janßen, Michael / Legewie, Heiner: Zusammenarbeit professionell gestalten. Praxisleitfaden für Gesundheitsförderung, Sozialarbeit und Umweltschutz. Freiburg i. Br. 1999
- Findeiß, Petra / Schachl, Tonia / Stark, Wolfgang: Zusammenarbeit fünfmal anders... Von der Selbsthilfe- zur Kooperationsförderung? In: DAG SHG e. V. (Hrsg.): selbsthilfegruppenjahrbuch 2000. Gießen 2000, S. 58-65
- Huber, Ellis: Patient Gesundheitssystem: eine alternative »Medizin«. In: OrganisationsEntwicklung, Heft 4. Basel 2002, S. 28-37
- SEKIS – Selbsthilfe Kontakt- und Informationsstelle Berlin: Anforderungen an die Kooperation zwischen dem System der professionellen Gesundheitsversorgung und der Selbsthilfe. Abschlußbericht des Forschungsprojektes A 16 des Berliner Zentrums für Public Health. Berlin 1999
- Stark, Wolfgang / Findeiß, Petra / Schachl, Tonia: Modelle der Einbindung von Selbsthilfeinitiativen in das gesundheitliche Versorgungssystem, Abschlußbericht des Public Health-Forschungsprojektes C2. Projektträger FÖSS e. V. München 2000 (zu beziehen über das Selbsthilfezentrum München)
- Trojan, Alf / Legewie, Heiner: Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung. Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen. Frankfurt a. M. 2001

Monika Bobzien, Diplom-Psychologin, ist Mitbegründerin und Mitarbeiterin des *Selbsthilfe-zentrums München* seit 1985. Sie ist zuständig für den Bereich Projektmanagement und Öffentlichkeitsarbeit.

Kontakt zu »dialog«

dialog – Münchner Ärzte und Selbsthilfegruppen

c/o Selbsthilfezentrum München

Bayerstraße 77 a Rgb.

80335 München

Tel.: 089 / 5439201

Telefonische Sprechstunde dienstags von 11 bis 15.00 Uhr

Ansprechpartnerinnen: Dr. Dagmar Veith (Projektleitung), Barbara Menzel

Fax: 089/53295660

E-Mail: dialog@shz-muenchen.de

Internet: www.dialog-med.de und www.dialog-muenchen.de