
Gesundheitliche Daseinsvorsorge heute – theoretische Ansätze

2

Ernst-Wilhelm Luthe

Der Begriff der Daseinsvorsorge ist ein interpretationsoffener Kunstbegriff, mit dem über die Zeit hinweg seit seiner „Erfindung“ durch Ernst Forsthoff immer dieselben Eigenschaften konnotiert werden, – Eigenschaften wie Verlässlichkeit, Effizienz, Problemnähe, Transparenz und Mitsprache und dies in einem historisch wandelbaren Bereich, dem der Grundversorgung der Bürger. Es gilt, die genannten Versorgungskonnotationen mit den heute zur Verfügung stehenden Theoriemitteln im Anwendungsbereich der gesundheitlichen Versorgung zeitangemessen zu rekonstruieren. Hierfür werden Konzepte wie die der Patientenorientierung, der Dezentralisierung, der Kooperation, der Integration und des Wettbewerbs herangezogen.

2.1 Einführung

Begriffe erzeugen Aufmerksamkeit und damit ihre eigene Wirklichkeit. Das gilt auch für „Daseinsvorsorge“. Interessant ist – man kommt sogleich zu Ergebnissen, ohne anfangs genau zu wissen, worum es geht. Auch das gilt für „Daseinsvorsorge“. Denn kaum ein Begriff ist offener. Man schwimmt im Strom unmarkierter Ereignisse, und allmählich treten Dinge hervor, die plötzlich einen Namen haben. Auch die umgekehrte Reihenfolge ist möglich. Alte Gewissheiten brechen weg, sobald deutlich wird, dass man bislang nur die Hülle, nicht aber deren Inhalt kannte. Man wähle also nur einen einzigen beliebigen Tag und beobachte die Welt unter der Daseinsvorsorge-Perspektive. Der Autor dieser Zeilen hat sich dies am 16.6.2016 vorgenommen – dem Tag, an dem der Text mit dieser Einführung ins Thema begonnen wurde.

„Das Land macht die Kommunen wieder zu Unternehmern“ ist die Hauptschlagzeile auf der Niedersachsen-Seite einer Lokalzeitung (DWZ vom 16.6.2016). Es geht um Daseinsvorsorge. Das ist die von staatlicher Hand getragene Grundversorgung der Bevölkerung. Man denkt an die Versorgung mit Energie und Wasser, außerdem die Müllabfuhr und Feuerwehr. Darüber hinaus aber liest man von Gesundheitsdiensten, Alten- und Behindertenbetreuung, öffentlichem Nahverkehr, Telekommunikation, Müllabfuhr, sozialem Wohnungsbau, Sparkassen sowie von sportlichen und kulturellen Angeboten bis hin zum Messe- und Ausstellungswesen. Dies alles sollen Dinge sein, die für den Staat reserviert sind? Geht es wirklich um Grundbedürfnisse des Bürgers? Und ist der staatliche Vorrang damit in jedem Fall gerechtfertigt? Immerhin steht nicht weniger auf dem Spiel als die Ausübung wirtschaftlicher Grundrechte betroffener Unternehmen (Teuteberg 2008).

In Niedersachsen wehte bislang aber wohl ein anderer Wind. Kommunen dürfen über viele Jahre hinweg nur dann Aufgaben der Daseinsvorsorge mit eigens gegründeten Unternehmen übernehmen, wenn sie es besser machen konnten als private Anbieter. Das war schwarz-gelbe Politik. Künftig soll es nach dem Willen der rot-grün geführten Landesregierung genau andersherum sein. Kommunen soll nur dann untersagt werden, ein entsprechendes Unternehmen zu führen, wenn ein privater Anbieter die Aufgaben besser und wirtschaftlicher erledigen kann. Überdies sollen Kommunen bei Übernahme von Aufgaben der Daseinsvorsorge auch nicht mehr wie bisher an den eigenen Wirkungskreis gebunden sein. Damit wird die Erledigung von Aufgaben, etwa mittels Verkauf von Dienstleistungen der Altenbetreuung oder von Windenergie, auch über den eigenen Bedarf und die eigenen Grenzen hinaus ermöglicht – der Staat als Geschäftsmodell. In der Wirtschaft regt sich Widerstand: Kommunen zahlen keine Umsatzsteuer und tragen kein Insolvenzrisiko, so der Einwand. Der Steuerzahler müsse für Verluste aufkommen. Die Situation sei aber nicht viel anders im Falle einer Privatinsolvenz, so die Replik. Dann müssten nämlich – als aktuelles Beispiel die Altpapierentsorgung – die Kommunen wieder einspringen. Und kommunale Unternehmen würden im Insolvenzfall schließlich ebenso behandelt wie die anderen (§ 12 InsO; was aber, das sei klarstellend hinzugefügt, nur für Unternehmen in privatrechtlicher, nicht aber für solche in öffentlich-rechtlicher Rechtsform gilt).

Man wird dieses Spiel von Argument und Gegenargument vermutlich noch eine Weile so weiterreiben können – bei offenem Ausgang! Natürlich kann man dem Gedanken sofort etwas abgewinnen, dass Privatanbieter „nur“ Profit machen wollen, dies letztlich auf Kosten der Bürger, und sich sofort aus ihrer Verantwortung zurückziehen, sobald das Geschäft nicht mehr läuft. Das gebotene Maß an Verlässlichkeit, noch dazu in existenziell wichtigen Bereichen wie der Grundversorgung, so das Standardargument, könne nur der Staat bieten. Indes sind auch

die Kommunen mit ihren Unternehmen zu wirtschaftlichem Handeln und nach einigen Kommunalordnungen auch zur Gewinnerzielung verpflichtet (§§ 109 Abs. 1 NRWGO, 102 Abs. 3 BWGO). Und dass öffentliche Unternehmen mancherorts geradezu als Musterbeispiele für Parteienfilz und Missmanagement gelten können, es dagegen nicht selten die privaten Unternehmen sind, die „trotz“ und vielleicht „wegen“ ihrer klaren Orientierung am Kapitalverwertungsinteresse noch in der Lage sind, Mittel für dringend benötigte Investitionen in Einrichtungen der Daseinsvorsorge mitsamt der dazu nötigen Innovationen bereitzustellen, bedarf angesichts schillernder Praxisbeispiele keines gesonderten Nachweises. Bereits als erfolgreich getestete Modelle des „Public Private Partnership“ zeigen im Übrigen, dass die Bedeutung der überkommenen Konfrontationsbeziehung „staatlicher /privater Sektor“ in der öffentlichen Diskussion weit überschätzt wird. Das beharrliche Festhalten an diesem einfachen Muster wird man über weite Strecken auf parteipolitische Gründe und letztlich auf ideologische Grabenkämpfe zurückführen können. Schon der mit Daseinsvorsorge bedeutungsgleiche Begriff der „Sozial“-Wirtschaft dürfte ein politisch willkommener Anlass für polarisierende Zuspitzungen sein, die mit der eigentlichen Versorgungsproblematik allenfalls noch am Rande zu tun haben. Neu ist dies nicht. Historisch war die Frage der Aufteilung ökonomischer Befugnisse zwischen staatlicher Gewalt und privatem Kapital in fast allen relevanten Kulturen der Weltgeschichte immer auch eingebunden in Fragen der Ausübung von Herrschaft, die nicht nur als allgemeine Staatsräson, sondern auch und gerade in den Niederungen der Verteilungskämpfe ihre je eigenen Formen (in Gestalt von Wirtschaftsmonopolen, Kondominien, Abspaltungen) mitsamt der dazugehörigen ideologischen Gesinnungen hervorgebracht haben (Weber 1980, S. 648 ff.).

Es spricht bei dieser Ausgangslage einiges dafür, sich von scheinbaren Selbstverständlichkeiten im Umgang mit gewohnten Institutionen möglichst zu lösen und insgesamt etwas grundlegender anzusetzen: welche Anforderungen sind an Aufgaben der Daseinsvorsorge heute zu stellen, und zwar ganz unabhängig davon, ob staatlich gelenkt, in gemeinsamer staatlich-privatwirtschaftlicher Verantwortung wahrgenommen oder rein privat durchgeführt. Wir werden dieser Frage im Folgenden am Beispiel der gesundheitlichen Versorgung nachgehen in der Hoffnung, hierbei einige Strukturelemente freizulegen, die möglicherweise auch in anderen Feldern der Daseinsvorsorge mit Aussicht auf Erfolg zum Einsatz gebracht werden können. Gleichwohl sollte von vornherein klar gesehen werden, dass bspw. die Aufgabe der Abfallentsorgung und die Versorgung kranker Menschen in etwa so viel miteinander zu tun haben wie der Theaterbesuch und die Suppenküche. Wenn wir in beiderlei Hinsicht heute gleichwohl von Daseinsvorsorge reden, so zeigt dies nur, wie sehr der Begriff, vor allem im Zuge eines tiefgreifenden und fortwährenden Wandels von Gesellschaft und Technik, zu einer Leerformel verkommen ist,

die angesichts der Vielfalt der heutzutage mit ihr in Zusammenhang gebrachten Erscheinungsformen zu brauchbaren Abgrenzungen nicht oder jedenfalls nicht mehr in der Lage ist. Man wird bis zu einem gewissen Punkt durchaus damit zurechtkommen, den Begriff prozedural und sozusagen auf der Basis lebendiger Anschauung abzuarbeiten. Wenn die Garantie der kommunalen Selbstverwaltung in Artikel 28 Abs. 2 des Grundgesetzes den Gemeinden erlaubt, eine grundlegende Systemscheidung darüber zu treffen, ob sie die zur örtlichen Daseinsvorsorge gehörende Aufgaben in eigener Regie oder durch private Dritte erfüllen wollen, so mögen die hierauf fußenden politischen und gerichtlichen Entscheidungen zur Verhältnisbestimmung von Staat und Privatwirtschaft Anschauungsmaterial en masse hervorbringen (bspw. VGH Mannheim, NVwZ-RR 2013, 328; *BVerwGE* 39, 329; EuGH, NVwZ 2013, 710). Aber wie kann man ausschließen, dass man es dann nur mit ephemeren und zudem kaum übertragbaren Erkenntnissen zu tun hat, die morgen schon nicht mehr zählen (Lange 2014, S. 620)?

Um den Begriff der Daseinsvorsorge mithin in seiner Dynamik und in seinen Strukturelementen zugleich zu verstehen, ist Theorie gefordert. Das ist in diesem Fall allerdings nicht ganz einfach, weil nach wie vor unklar ist, womit man es zu tun hat. Man kann es mit einer Art Bestandsanalyse konzeptioneller und theoretischer Ansätze aus dem Bereich der Sozial- und Gesundheitswissenschaften versuchen. Aber wohin soll das gehen? Man benötigt einen klaren Bezugspunkt. Einen solchen kann der Kunstbegriff „Daseinsvorsorge“ aber nicht bieten. Die Suche nach dem Wesen der Daseinsvorsorge beruht mithin in weiten Teilen auf einer *Petitio Principii*. Es müsste geklärt sein, was noch zu klären ist. Man kommt somit nicht umhin, sich über weite Strecken den Überraschungsmomenten eines sich im Realitätstest bewährenden oder nicht bewährenden Zirkelschlusses anzuvertrauen. Insofern ist das Verfahren klassisch heuristisch. Das heißt: wir setzen so etwas wie die Daseinsvorsorge als gegeben voraus, gehen mit unseren Untersuchungsschritten aber nicht direkt darauf zu, sondern wählen den Umweg über sog. Skripts, die den Begriff begleiten. Das ist leichter als es klingt, weil es, wie wir im Lauf des Beitrages noch sehen werden, typische Versorgungskonnotationen gibt (Verlässlichkeit, Effizienz, Problemnähe, Transparenz, Mitsprache), die ihrerseits bestimmte Informationskomplexe bzw. Wissenszusammenhänge im Erklärungs- und Verwendungskontext des Begriffs verdeutlichen, an denen wiederum kritisch oder weiterführend angesetzt werden kann. Dies alles wird im Anwendungsbereich der gesundheitlichen Versorgung zu klären sein mit dem Ziel eines Strukturbegriffs von Daseinsvorsorge, der nicht an temporären Einzelphänomenen klebt.

Die Vorgehensweise macht, ähnlich wie „Daseinsvorsorge“, zugegebenermaßen selbst einen etwas nebulösen Eindruck, vor allem bei gewohntem deduktiv-nomologischen Vorgehen. Dieser Eindruck lässt sich leicht zerstreuen, wenn wir unter der

Daseinsvorsorge-Perspektive des heutigen Tages zum Abschluss unserer Einführung ein paar Informationen einer soeben empfangenen Rundmail ins rechte Licht rücken (einblick@berlin-chemie.de; vom 16.6.2016). Dort ist von einem gesundheitspolitisch hochsensiblen Versorgungsbereich die Rede, der auch bei den Kommunen immer wieder auf der politischen Tagesordnung steht. Gemeint ist die spezialärztliche und sektorübergreifende Versorgung bei schwerer oder seltener Erkrankung, die deshalb so kontrovers im Gespräch ist, weil sie das seit je problematische Verhältnis niedergelassener Ärzte und Krankenhäuser berührt (§ 116 b SGB V). Dazu nur ein Satz: *„Die Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV), einst als erfolgsversprechende neue intersektorale und multidisziplinäre Versorgungsform mit vielen Vorschusslorbeeren bedacht, scheint in den bürokratischen Mühlen zwischen G-BA, Gesundheitsministerium und den unterschiedlichen Interessenlagen der Selbstverwaltungspartner zerrieben zu werden.“* Zudem gibt es Neues zur Ärzteselbstverwaltung in der KBV: *„Die Beschlüsse der Vertreterversammlung zur inneren Struktur hat die Fachaufsicht des Bundesgesundheitsministers offenbar insoweit beruhigt, dass der KBV-Vorstand noch auf seinen Stühlen sitzt und nicht dem bereits angekündigten Staatskommissar Platz machen musste. Der Skandal um die Bezüge des ehemaligen Vorsitzenden Dr. Köhler sowie auch der Unklarheiten um die Immobiliengeschäfte der KBV, bei denen auch weiterhin hohe Millionenverluste zur Diskussion stehen, werden nun offenbar getrennt von der aktuellen Führungsarbeit des KBV-Vorstands behandelt.“* Und als Lichtblick: *„Die Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal ist selber mit ihrem Geschäftsmodell des Einsparcontractings eine Innovation und hat darüber hinaus seit mehr als zehn Jahren zahlreiche innovative Versorgungsmodule entwickelt, die auch an anderen Stellen Impulse für die Zukunft geben können.... Der Vergleich mit Versorgungsdaten zwischen Versicherten in Baden-Württemberg ohne Kinzigtal und den im Projekt Gesundes Kinzigtal eingeschriebenen Versicherten zeigt eine Verminderung der Überversorgung in der Projektregion, höhere Zufriedenheit bei Patienten wie Leistungserbringern, positive Effekte der Schulungs- und Präventionsprogramme insbesondere bei weiblichen Versicherten mit einem Anstieg der Lebenszeit und dazu noch eine nachweisbar höhere Effizienz.“*

Problemferne, mangelnde Transparenz und Bürokratie auf Kosten des Patienten im einen Fall, dezentrale Lösungen nahe am den Patienten im anderen. Man benötigt nicht viel Fantasie, um sich vorzustellen zu können, in welchen Beispielfällen es um Daseinsvorsorge gehen könnte und in welchen nicht, zumindest wenn man sich vom gegenwärtigen Versorgungsmonopol der Krankenkasse gedanklich etwas löst und auch andere Versorgungsoptionen ins Auge fasst. Und selbst für denjenigen, der – aus guten Gründen – ein gewisses Maß an Zentralsteuerung durch bundesweit agierende Institutionen für unabdingbar hält, bleibt die Frage, ob es so etwas wie eine Verantwortungsteilung zwischen den Staatsebenen geben

kann, aber auch, ob es darüber hinaus automatisch immer und überall der Staat und seine Untergliederungen sein müssen, die die Hauptlast bei der Erledigung von Aufgaben der Krankenbehandlung, der Betreuung behinderter Menschen, der Pflege und der Krankheitsprävention zu tragen haben?

Die Koinzidenz der Ereignisse eines einzigen Tages liefert im Übrigen einen Vorgesmack auf die Resorptions- und Wandlungsfähigkeit des Begriffs der Daseinsvorsorge und beleuchtet einen im Folgenden zu entwickelnden Grundgedanken: „Daseinsvorsorge“, so die Ausgangsthese, ist alles andere als die invariante Verkörperung einer bestimmten Organisationsweise, sondern die stets neu kombinierbare Form eines prinzipiell offenen Spiels organisierter Versorgungsoptionen an der Schnittstelle von Politik und Wirtschaft.

2.2 Ernst Forsthoff als Ausgangspunkt

Erscheinungsformen

„Daseinsvorsorge“ ist ein Begriff des Verwaltungsrechts; mit ihm kann man angeben, in welchen Betätigungsfeldern der Staat die Freiheit hat, sich in der Wahl der Handlungsformen auch privatrechtlicher Mittel zu bedienen. Er ist überdies ein Begriff des Verfassungsrechts; er zeigt an, dass die kommunale Selbstverwaltungsgarantie des Grundgesetzes auch das Recht der Kommune beinhaltet, sich zugunsten der Allgemeinheit wirtschaftlich zu betätigen. Zudem ist er ein Begriff des Kommunalrechts, indem er den Grenzverlauf regelt zwischen legitimer kommunaler Wirtschaftstätigkeit innerhalb und legitimer Vorherrschaft privater Unternehmen außerhalb der Daseinsvorsorge. Nicht zuletzt ist Daseinsvorsorge ein Begriff des Europarechts; dort, wo Daseinsvorsorge stattfindet, sind die strengen Wettbewerbsregeln des europäischen Primärrechts in weiten Teilen aufgehoben. Aber man wird man dem Begriff der Daseinsvorsorge heutzutage auch die Rolle eines parteipolitischen Kampfbegriffs zuordnen können, der dem Aufeinanderprallen markliberaler und planwirtschaftlicher Grundüberzeugungen von Politikern einen medienwirksamen Schauplatz bietet. Schließlich ist Daseinsvorsorge eine Schatztruhe, gefüllt mit dem Tafelsilber kommunaler Einrichtungen, die leichtfertig zu Geld gemacht werden, um damit Wahlgeschenke und Ideologien zu finanzieren, die man sich eigentlich nicht leisten kann. Wenige aber werden den Ursprung des Begriffs in einer zutiefst kulturpessimistischen Geisteshaltung verorten. Es war der Jurist Ernst Forsthoff, der erstmals in einer Schrift aus dem Jahre 1938 von Daseinsvorsorge sprach (Forsthoff 1938, S. 5 ff.) und damit eine intellektuelle Rebellion gegen die „Entfremdung“ des Menschen (Forsthoff 1958, S. 11) im Zuge

seiner Auslieferung an den technisch-industriellen Komplex der Moderne im Sinn hatte. Forsthoff war mit seiner Kritik an den Verheißungen der modernen Technik ganz Kind seiner Zeit (etwa Gehlen 1957; Heidegger 1962), die in der Kontrastierung von Technokratie und Humanismus im Grunde bis heute andauert (hierzu Luhmann 1998, S. 528). So kann in die durch den technikbestimmten Verlust des selbstbestimmten Lebensraums entstandene Lücke nach Forsthoff nur der Staat treten. Dieser habe jetzt die Aufgabe, „alles das vorzukehren, was für die Daseinsermöglichung des modernen Menschen ohne Lebensraum erforderlich ist. Was in Erfüllung dieser Aufgabe notwendig ist und geschieht, nenne ich Daseinsvorsorge“ (Forsthoff 1958, S. 7).

Kommunale Aufgabenwahrnehmung nahe am Menschen

Daseinsvorsorge ist für Forsthoff eine staatliche Aufgabe, aber gleichwohl nur als „kommunale“ Daseinsvorsorge denkbar. Die aktive Teilhabe des Menschen an der Gestaltung seiner Daseinsbedingungen, die Absicherung elementarer Bedürfnisse auch und gerade im Falle wirtschaftlicher und politischer Krisen innerhalb eines Bereichs der Versorgung, der dem Gewinnstreben der Wirtschaft entzogen sein soll, der aber anders als die Privatwirtschaft auch wirtschaftliche Risiken eingehen könne ohne Rücksicht auf Profite, – dies alles sei nur im Rahmen kommunaler Selbstverwaltung denkbar. Zumal: auch ein hochbürokratisierter Zentralstaat wäre den Problemen nicht gewachsen. Dieser agiere zu weit weg von den Menschen, sei typischerweise Gesetzgebungsinstanz, trage aber zu wenig von einer problemnah handelnden Verwaltungsebene in sich, auf der die Aufgabe der Daseinsvorsorge deshalb nur angesiedelt sein könne. Vor allem aber könne der Zentralstaat die vergleichsweise intensivere Kontrolle durch die öffentliche Meinung in den überschaubaren Verhältnissen vor Ort nicht garantieren, wohingegen auf Dauer nur unter kommunalem Einfluss die erforderliche Konzentration auf die Sache selbst gewährleistet sei, eben unter Minimierung jener zentralistischen Einflusszonen, die häufig genug eher dem eigenen Machterhalt als der „bürgerlichen Selbstbestimmung“ bei der zielgerichteten Versorgung mit dem Notwendigen gehorchen (Forsthoff 1958, S. 18 ff.). Gleichwohl wird von Forsthoff nicht in Abrede gestellt, dass das Kriterium der Nähe ebenso wie das der Ferne mit je verschiedenen Strukturen der Erfüllung öffentlicher Obliegenheiten in Zusammenhang steht, Staat und Gemeinden sich deshalb die Aufgaben der Daseinsvorsorge grundsätzlich zu teilen haben. „Je verzweigter und umfangreicher die Daseinsvorsorge geworden ist, umso mehr bedarf sie der großräumigen Planung und Ordnung“. Die Aufteilung der Aufgaben indes allein in einer rein technisch-funktionalen Vorstellung von Dezentralisierung zu suchen, sei nicht genug. Dies könne nur darauf hinauslaufen, dass Daseinsvorsorge zu einem reinen Verwaltungsgeschäft eines staatlichen Unternehmers zusammen-

schrumpft, während doch ihr Wesenskern genau darin liege, den Menschen „gegen die Übermächtigung durch technisch ermöglichte Herrschaftsmechanik“ und damit in seiner Freiheit zu verteidigen (Forsthoff 1958, S. 24, 29).

2.3 Daseinsvorsorge und Gesundheitsversorgung heute

Heutige Leitbilder

Aus heutiger Sicht wird man dem (vielleicht unter Hintanstellung der etwas spekulativen Entfremdungshypothese) zunächst einmal nicht viel hinzufügen können: Bedürfnisbefriedigung statt Profitstreben, Gemeinschaft statt Entfremdung, problemnahes Handeln vor Ort statt zentralstaatliche Steuerung, Mitbestimmung statt Fremdbestimmung, direkte Demokratie statt intransparente Interessenrepräsentation, „Dienst am Menschen“ statt ökonomisierte Leistungsangebote, – all dies sind Dinge, die im Grunde bereits seit den 1970er Jahren mit wechselnder Konjunktur in der Steuerungsdiskussion immer wieder im Gespräch sind (anstatt vieler Luthé 1989, S. 153 ff.). Es ließe sich vor dem Hintergrund aktueller Themen wie Bürgerbeteiligung, zivilgesellschaftliche Selbstorganisation, Netzwerkgesellschaft und unter den Vorzeichen eines Allerweltsbegriffs wie dem der „Governance“ seit Forsthoff allenfalls noch hinzufügen: Kooperation statt Wettbewerb (Pitschas 1988, S. 1031 ff.).

Gesundheitspolitische Reformdiskussion

Vieles davon prägt die heutige gesundheitspolitische Reformdiskussion (anstatt vieler Brandhorst et al. 2016). Die Konnotationen sind nicht anders als in den Ursprungszeiten von Daseinsvorsorge: Verlässlichkeit, Effizienz, Problemnähe, Transparenz, Mitsprache. Erinnerung sei an die seit zwei Jahrzehnten anhalten Bemühungen deutscher Gesundheitspolitik um den Aufbau und die Verbreitung integrierter Versorgungsformen, an die stetig wachsende Bedeutung sozialer Kontextbedingungen im Zuge präventiver Gesundheitsstrategien und sich verändernder Erkrankungsbilder, an die momentan unter dem Leitbild von „Patientenorientierung“ kursierenden Kampagnen deutscher Gesundheitspolitik, aber auch an die vielfältigen Formen der Qualitätssicherung, die eben nicht nur auf die Behandlungswirksamkeit, sondern auch einen möglichen Zuwachs an Lebensqualität abzielen. Und die augenscheinlich dezentrale – man ist geneigt zu sagen –, „basisdemokratische“ Stoßrichtung dieser Ideen scheint sich geradezu harmonisch in das Gesamtbild einer kommunal verantworteten Gemeinschaft von Leistungserbringern und Patienten einzufügen. So kann

sich das Neue in alten Sicherheiten wiegen. Möglicherweise aber sind dies falsche Sicherheiten, – jedenfalls wenn man hierbei allein auf Staat und Kommunen setzt.

Überdenken gewohnter Schemata

Zweifelsohne ist der Gedanke einer gesundheitspolitischen Mitverantwortung der Kommune im Sinne einer Beteiligung derselben an der Gesundheitsversorgung mittels eigener Angebote, zumindest aber mittels Einräumung einer diesbezüglichen Planungs- und Koordinationsverantwortung, im Blick auf die Historie kommunaler Sozialpolitik und die übergreifenden Traditionsbestände des Municipalsozialismus paradoxerweise ebenso alt wie vor dem Hintergrund zukünftiger Herausforderungen einer alternden Gesellschaft derzeit klar unterentwickelt (zu letzterem vgl. die Beiträge bei Luthé 2013). Aber ebenso wenig wie Strukturen der Mitbestimmung von Patienten und kooperativen Beteiligung des Personals notwendig auf einen dahinterstehenden Staat angewiesen sind, erscheint es gerechtfertigt, den Begriff der Daseinsvorsorge auch heute noch als Alleinstellungsmerkmal rein *kommunaler* Grundversorgungsleistungen in Beschlag zu nehmen. Jedenfalls der Gesundheitssektor zeigt, wie es anders und vielfältiger gehen kann. Insbesondere die integrierte medizinische Versorgung kommt nahezu ohne kommunalen und zentralstaatlichen Einfluss aus, insofern sich die Rolle der Krankenkassen hierbei im Wesentlichen auf die eines Zahlmeisters beschränkt (jedenfalls im Modell des § 140 a SGB V). Sie ist darüber hinaus aber auch offen für eine aktive Beteiligung der Kommunen als (Mit-)Betreiber des Versorgungsnetzes (Luthé 2013-1, S. 23 ff.), die ihre historisch angestammte und verfassungsrechtlich verbürgte Position als Gesundheitsgrundversorger insofern in einer neuartigen Strukturverantwortung für Gesundheitsfragen aufgehen lässt (Burgi 2013, S. 18; Luthé 2013-2). Und die Frage der Mitsprache von Patienten ist heute keine Frage mehr einer allein staatlich organisierten Demokratie, sondern in erster Linie eine Frage der konzeptionellen Ausrichtung des jeweiligen Versorgungsnetzes. Patientenräte, Qualitätszirkel und individuell am Patienten zugeschnittene Behandlungswege sind längst Realität (Herrmann et al. 2006, S. 17 ff.; Amelung et al. 2009 und 2015) und insoweit Beweis genug für das Gelingen einer solchen „funktionalen Demokratie ohne Staat“. Und dass allein mit Kooperation und ohne jeden Wettbewerb kaum etwas auszurichten ist und insbesondere der eingefahrene Profit bei richtiger Betrachtung auch als Indikator dafür verstanden werden kann, ob nahe an den Menschen und ihren Bedürfnissen gewirtschaftet, betreut, gepflegt und behandelt wurde, bedarf an dieser Stelle keines weiteren Nachweises (dazu später). Schließlich muss die von Forsthoff hervorgehobene Verlässlichkeit und Krisenresistenz der Kommunen unter den heutigen Bedingungen der Eurokrise ernsthaft in Zweifel gezogen wer-

den. Aber auch angesichts der Überschuldung vieler deutscher Kommunen (EY 2015) wäre das purer Anachronismus. Dies gibt Anlass zu einem grundlegenden Überdenken überkommener Vorstellungsbilder von Daseinsvorsorge unter den Vorzeichen neuerer theoretischer Ansätze.

2.4 People Processing als Grundstruktur

Personennahe Dienstleistungen

Die Problemnähe der Aufgabenwahrnehmung war bei Ernst Forsthoff tonangebend (vgl. 2.2). Problemnähe ist für personennahe Dienstleistungen geradezu prototypisch: Für die Adressaten personenbezogener Dienstleistungen sind „Anweisungen von oben“ zumeist nur externe Gründe, sich bestimmten Bedingungen anzupassen. Auf Dauer aber können sie die erwünschte Verhaltensänderung nicht garantieren. Niklas Luhmann hat bereits vor mehr als dreißig Jahren darauf aufmerksam gemacht, dass es für einen Staat nichts Gefährlicheres gibt als sich auf eine solche Politik der „Personenveränderung“ einzulassen (Luhmann 1981, S. 94 ff.; auch Klapper 2003, van Maanen 1978 und Prottas 1977). Der moderne Wohlfahrtsstaat als einer zentralisierten Demokratie ist auf funktionierende Mechanismen situationsabstrakter Steuerung angewiesen. „Recht und Geld“ sind die beiden Steuerungsmedien, die ihm dies ermöglichen. Geht es jedoch um Personen und die Beeinflussung ihrer persönlichen Kompetenzen, also zum Beispiel um Therapietreue und gesundheitsbewusstes Verhalten, so sind Prozesse im Spiel, die mit zentralistischer Steuerung in letzter Konsequenz nicht mehr erreicht werden können. Man kann neue Gesetze machen, mehr Gelder bereitstellen, Arbeitsgruppen und Krisenstäbe bilden, an die Motivlagen der Bevölkerung appellieren, – ob die Maßnahmen greifen, kann niemand sagen, weil niemand sagen kann, ob in den Köpfen der Betroffenen etwas ankommt. Was allerdings gesagt werden kann ist, dass es um hochdynamische Prozesse geht, die allesamt vor Ort stattfinden (und nicht in irgendwelchen Parteizentralen und Ministerialverwaltungen). Und dass es Steuerungs- und Organisationsstrukturen geben muss, die diesen Anforderungen gerecht werden. Das wiederum kann nur bedeuten: anstatt in hierarchischer Steuerung müssen Lösungen in dezentralen Netzwerken und heterarchischen Managementstrukturen gesucht werden.

Personennähe als Funktionsbedingung des Behandlungsprozesses

Wenn die dezentrale Verortung gleichsam als organisationale Minimalbedingungen jenes „People Processing“ gelten dürfte, so ist damit noch nicht gesagt, warum dies

alles gerade den gesundheitlichen Bereich betreffen sollte. Misst man den Erfolg der Krankenbehandlung allein am ärztlichen Eingriff in den Körper des Patienten so hat dies mit sozialen Kompetenzen des Patienten zunächst einmal nichts zu tun. Anders ist dies, wenn wir an die Bereitschaft des Patienten zur Mitwirkung am Behandlungsprozess, seine Kompetenz zur Krankheitsfolgenverarbeitung und die sozialen Risikofaktoren für Erkrankungen denken, die nicht das Behandlungssystem, sondern nur der Einzelne tagtäglich unter Kontrolle halten kann. Unbestreitbar ist die postindustrielle (Risiko-)Gesellschaft aufmerksamer geworden gegenüber ihrer mentalen und körperlichen „Systemumwelt“. Mit einer sprichwörtlichen Verbesserung von Laborparametern kann sich keine Medizin mehr zufrieden geben, für die unter dem Anspruch einer evidenzbasierten Überprüfung gesundheitsfördernder Wirkungen klinischer Interventionen die Lebensqualität des Patienten maßgeblich geworden ist. Eine präventiv und evidenzbasiert ansetzende „Verhaltensmedizin“ weist über den engeren Aktionsradius der Medizin weit hinaus und zwingt diese zur Auseinandersetzung mit den sozial präferierten Werten „Gesundheit“ und „Teilhabe“. Diese sind Fluch und Segen zugleich. Einerseits brechen sie mit überkommenen Professionalisierungsidealen und Selbstbehauptungsstrategien. Andererseits können sie als zeitangepasster Ausdruck eines professionell gepflegten Idealismus der internen Selbstbeschreibung des Medizinsystems dienlich sein und zu einer Erhöhung von Chancen interner und externer Zuschreibung jener kausalhypothetisch immer schwerer fassbaren Behandlungserfolge auf die Interventionen des Systems beitragen. Die ganzheitliche Versorgung des Patienten innerhalb komplexer multizentrischer, sektor-, arzt- und berufsgruppenübergreifender Steuerungsprozesse tritt an die Stelle überkommener „Regeln der ärztlichen Kunst“ und überformt das Medizinsystem mit weit ausgreifenden Ansprüchen an Gesundheitsschutz.

Die „Veränderung der Person“ aber ist hierbei eine *actio sine qua non*, auf die alles zuläuft. Geht es allein um die Reparatur von Organschäden, so kann sich der Staat in bewährter Weise auf Finanzierungsfragen und Leistungsansprüche beschränken. Bereits im Falle chronisch degenerativer Erkrankungen etwa aber muss die Person sich aktiv in den Behandlungsprozess einbringen. Vor allem präventive Ansätze setzen ausreichende Einsicht in gesundheitliche Risiken voraus, appellieren an die gesamte Lebensführung von Bevölkerungsgruppen und münden letztlich in hochkomplexen Interaktionen, deren „Technologien“ aber unsicher sind. Dies gilt für andere Bereiche wie Bildung, Ausländerintegration, Stadtteilentwicklung, Kriminalprävention nicht minder. Anstatt kausaltechnischer Steuerung von „oben“ muss der Staat mithin auf andere Wirkungsmechanismen setzen, wenn er die Leute selbst erreichen will.

Und dass diese Mechanismen nur solche sein können, die „nahe am Menschen“ stattfinden, die überdies in weiten Teilen die durch das Leben vor Ort bestimmte

gesundheitliche „Grundbefindlichkeit“ der Leute betreffen und die mithin in staatlich-kommunaler Allein- oder Mitverantwortung im Wechselspiel von lokaler Infrastruktur und vorherrschenden Bedürfnissen als Aufgaben der Daseinsvorsorge aufgefasst und von hier aus neu überdacht und geordnet werden müssen, ist der tiefere und zeitübergreifende Sinn solcher Kategoriebildungen aus dem Arsenal der Staatswissenschaften.

2.5 Dezentralisierung

Ernst ForsthoFFs Daseinsvorsorge ist per se ein Modell mit Primärverantwortung der kommunalen Ebene für die Grundversorgung der Bevölkerung. Die Möglichkeit staatlicher Zentralsteuerung wird nicht grundsätzlich verworfen, aber auf gesondert begründungsbedürftige Zentralisierungserfordernisse beschränkt. Wir werden im Folgenden den Blickwinkel erweitern und nicht nur die Kommune in den Blick nehmen. Die allgemeinere Perspektive der Dezentralisierung bietet Chancen für die Offenlegung weiterer Versorgungsoptionen, die man bei Verengung der Blickrichtung auf Kommunen nicht zu sehen bekommt.

Verantwortungsverlagerung und Versorgungsmängel

Gesundheitspolitisch soll mit Dezentralisierung ein Mehr an Flexibilität und Betroffenennähe im Interesse einer verbesserten Gesundheitsversorgung erreicht werden. In erster Linie aber geht es bei Dezentralisierung nicht um Lösungsstrategien für Versorgungsmängel, sondern um politische Strategien der Verantwortungsverlagerung „nach unten“. Eine genauere Differenzierung erscheint nötig, weil beide Themenkomplexe – Versorgungsoptimierung und Verantwortungsverlagerung – sich in weiten Teilen überschneiden. So ist bspw. das Gatekeeping mit den korporatistischen Strukturen des hergebrachten Krankenkassensystems vollauf kompatibel. Von ungleich größerer Bedeutung aber ist Gatekeeping als Komponente eines dezentral gelagerten, populations- und präventionsorientierten und letztlich gestaltungsoffenen Versorgungsnetzwerks. Ebenso ist der Bedarfsplan der vertragsärztlichen Versorgung (§ 90 SGB V) ein wichtiges Handlungsinstrument zur Sicherstellung der Versorgung in grundsätzlich jedweder Hinsicht. In dezentralen Versorgungsnetzen aber kann er ein wirksamer Hebel sein zur Stärkung dezentraler Versorgungsnetze und nicht zuletzt des kommunalen Einflusses gegenüber Krankenkassen und dem jeweiligen Bundesland. Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitskonferenzen, Gesundheitsberatung und Selbsthilfeförderung, Case Management und Patientencoaching sind als nachhaltige Strategien der Erhaltung von Gesundheit

und Sicherung von Behandlungseffizienz im allgemeinen Gesundheitsdiskurs mittlerweile tonangebend. In einem populations- und präventionsorientiert verfassten Behandlungsnetzwerk, das seine Einnahmen u. a. aus gesunderhaltenden Maßnahmen generiert, sind Elemente wie diese indes unverzichtbar. Ärztliche Unterversorgung mag auf veränderte Lebensgewohnheiten und Einstellungen der jüngeren Ärztegeneration zurückzuführen und ihre Behebung mag in besonderem Maße auf Anreize unterschiedlichster Art angewiesen sein. Die ärztliche Tätigkeit in den typisch arbeitsteiligen Strukturen kooperativ verfasster Versorgungsnetze aber wird dem dominierenden Lebensführungsideal einer Ausbalancierung von Familie und Beruf mehr als sonst gerecht. Dass Schnittstellenmanagement indikationsbezogen (etwa bei einer Knie-TEP) oder als „Entlassmanagement“ (etwa im Wechsel von Krankenhaus und Reha-Klinik) sinnvoll sein kann, gilt für das herkömmliche System ebenso wie für neue dezentrale Strukturen. Für dezentrale Versorgungsnetze aber ist Schnittstellenmanagement – und unter Einbeziehung gesellschaftlicher Kontextbedingungen über die herkömmlichen Behandlungsphasen und Sektorengrenzen weit hinausreichend – schlechthin konstitutiv. Kommunen als Träger von Public Health, von Krankenhäusern, der „sozialen Rehabilitation“ und als jugendamtliche Wächter der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen haben seit jeher ihren besonderen Anteil an der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. In ihrer bislang unterbelichteten Rolle als Mitinitiatoren, Teilhaber und Kontextplaner dezentraler Versorgungsnetze aber können sie ihre gewohnten Anteile ausbauen und mit den Angeboten anderer Leistungserbringer vor Ort kombinieren. Und sie können diese nicht zuletzt mit anderen gesellschaftlichen Akteuren ihres Wirkungsbereichs zusammenführen, wie etwa dem Bildungssystem, der Stadt- und Umweltplanung und der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Ansätze

Auffallend ist, dass sich dezentrale Lösungsansätze für Versorgungsprobleme zumeist innerhalb des bestehenden Systems bewegen, was bedeutet: innerhalb der Beitragerhebungs- und Finanzierungsverantwortung der Krankenkassen. US-amerikanische oder schweizerische Modelle von der Art haushalts- und leistungsautonomer Health-Maintenance-Organisationen passen so wenig zum bundesdeutschen System eines solidarisch verfassten und staatlich verantworteten Systems der Krankenversorgung, dass sie von keiner Seite ernsthaft in Erwägung gezogen werden. Soweit ersichtlich liegen derzeit sieben unterschiedliche Ansätze vor, die eine stärkere Dezentralisierung der Versorgung propagieren:

- Im Interesse einer adäquaten Langzeitversorgung chronisch und mehrfach erkrankter Personen und einer stärkeren Präventionsorientierung plädiert der

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in der Gesamtbetrachtung für eine „Verlagerung möglichst vieler Entscheidungskompetenzen in die Regionen bzw. an die vor Ort verantwortlichen Akteure“ und in diesem Rahmen für eine zielorientierte Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe mit einer stärkeren Gewichtung von nichtärztlichen Leistungserbringern, Selbsthilfegruppen und kommunalen Einrichtungen (Sachverständigenrat 2007, S. 175; auch 2009). Der Ansatz aber verharrt weitestgehend im Abstrakten; ihm fehlt vor allem die Umsetzungsperspektive im Mehrebenensystem der bundesdeutschen Staatsorganisation.

- Innerhalb des von Greß/Stegmüller (2011) entwickelten Konzepts der Friedrich-Ebert-Stiftung soll der Sicherstellungsauftrag für die ärztliche Versorgung nicht mehr bei den Kassenärztlichen Vereinigungen liegen, sondern auf neu zu schaffende regionale Versorgungskonferenzen übertragen werden. Diesen gehören neben der Kassenärztlichen Vereinigung auch Vertreter der Krankenkassen, der Kommunen und der regionalen Krankenhäuser an.
- Eine stärkere Beteiligung der Kommunen innerhalb der Bedarfsplanung sieht der Vorschlag des Fritz-Beske-Instituts für Gesundheitssystemforschung (IGSF) vor. Das (heute so genannte, vgl. § 90 a SGB V) Gemeinsame Landesgremium soll Sitz einer Koordinierungsstelle werden, der neben den Kommunen auch die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Krankenkassen und weitere Gesundheitsakteure angehören. Zu den Aufgaben der Stelle gehört die Entwicklung eines sektorübergreifenden Sicherstellungskonzepts, in dem kommunale Belange rechtsverbindlich zu berücksichtigen sind.
- Ende 2010 hat das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Frauen, Familie, Gesundheit und Integration, die AOK – Niedersachsen und die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen das Modellprojekt „Zukunftsregionen Gesundheit – kommunale Gesundheitslandschaften“ initiiert. Durch eine breite Beteiligung sowohl in den Kommunen als auch auf Landesebene sollen im Rahmen gegebener Strukturen verbesserte und neue Formen der gesundheitlichen Versorgung entwickelt und erprobt werden.
- An den Instrumenten, den Koordinationserfordernissen im Staatsaufbau, den gesellschaftlichen Kontextbedingungen und den kommunalverfassungsrechtlichen Mitwirkungsrechten orientiert ist ein weit ausgreifender, indes sich weitgehend innerhalb der Finanzierungskompetenz der Krankenkassen bewegender und daher im Kern evolutiver Ansatz einer polyzentrischen „Kommunalen Gesundheitslandschaft“ (vgl. die Beiträge in Luthé 2013 sowie zusammenfassend Luthé, 2015-1). Ziele sind: Mehr Entscheidungskompetenzen auf die Kommune verlagern – die stärkere Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe/Anbieter, der Selbsthilfegruppen und der lokal ansässigen Verwaltungsträger – die Organisation

dieser Zusammenarbeit in Netzwerkstrukturen mit lokalem (kommunalem) Bezug unter Einbeziehung gesundheitlich relevanter gesellschaftlicher Akteure – die integrierte Versorgung sowie die bessere Organisation der ärztlichen Versorgung in strukturschwachen Gebieten. Die Rolle der Kommune soll darin bestehen, diese Netzwerkbildung anzuregen und voranzutreiben, sie ist jedoch (z. B. als Krankenträger und als Zuständige für die Gesundheitsämter) auch Teil des Netzwerks.

- Die Heinrich-Böll-Stiftung hat im Jahr 2013 ein umfassendes Gesundheitsreformkonzept vorgelegt, in dem dezentrale Gesundheitsnetze als maßgebliche Antwort auf Schnittstellenprobleme und Versorgungsdefizite (vor allem in der Fläche) zur Diskussion gestellt werden (Heinrich-Böll-Stiftung 2013, S. 35 ff.). „Die Kooperation unterschiedlicher Fachgruppen der Gesundheitsberufe, die stärkere Einbindung der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung und der Aufbau flexibler Versorgungsangebote (virtuelle Medizinische Versorgungszentren, mobile Stationen, Filialpraxen etc.) sowie die Anwendung moderner Informations- und Kommunikationstechnologien ermöglichen eine Schließung von Versorgungslücken“ (ebenda, S. 36). Gemischte Vergütungsformen, ggf. ergänzt durch qualitätsorientierte Vergütungsbestandteile sollen massive Anreize setzen für die effiziente Behandlung der Patienten (ebenda, S. 36). Als mögliche Träger zur auf gesetzlicher Ebene bereits bestehenden, allerdings weiter in den Gestaltungsspielräumen zu öffnenden Integrierten Versorgung (§ 140 a SGB V) treten kommunale Körperschaften und Patientenverbände sowie regionale genossenschaftliche Zusammenschlüsse hinzu.
- In der von Martin Burgi im Auftrag der Robert Bosch Stiftung vorgelegten Expertise zur kommunalen Verantwortung und Regionalisierung der Versorgung liegt der Fokus auf der Frage, inwiefern die Bedeutung der kommunale Ebene für die gesundheitliche Versorgung innerhalb des bestehenden Systems, d. h. unter Nutzung bestehender Strukturelemente und gegebener Kompetenzen gestärkt werden kann (Burgi 2013, S. 18).

Zur Bedeutung der Kommune im Mehrebenensystem

Innerhalb des deutschen Gesundheitssystems zeigt sich ein klares Übergewicht der Bundesebene (zur Kompetenzverteilung im Staatsaufbau vgl. Hess 2013). Land und Kommunen sind in ihren Mitwirkungs- und Einflussmöglichkeiten stark unterrepräsentiert (Hoffer 2013, S. 410 ff.). In kommunalverfassungsrechtlicher Perspektive ist dies nicht unproblematisch, da das Feld der gesundheitlichen Versorgung, jedenfalls gemessen am heutigen Paradigma einer präventionsorientierten und damit an den gesundheitlichen Kontextbedingungen ausgerichteten Gesundheitspolitik (hierzu Hoffer 2013, S. 401 ff.), klar den im Sinne des Art. 28 Abs. 2 GG kommunalverfas-

sungsrechtlich verbürgten „Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft“ zugeordnet werden kann (Luthe 2013-2; Burgi 2013, S. 31 f.). Von daher muss die Rolle der Kommunen nicht nur in Einzelbereichen überdacht werden (bspw. hinsichtlich etwaiger Mitwirkungsmöglichkeiten in den Verfahren zur Unterversorgung, beim Ausbau von Kooperationen zwischen Reha-Trägern, Kranken- und Pflegekassen, bei der Frage der Zulassung von Arztpraxen, im Rahmen fachlicher Delegationsmodelle, bei Etablierung einer kommunalen Infrastruktur- und Koordinationsverantwortung, im Rahmen feldübergreifender Beratungsangebote für Zielgruppen oder im Rahmen der Beteiligung an Versorgungsnetzen), sondern auch im Hinblick auf grundlegende Finanzströme im Verhältnis der Staatsebenen, zumal ausgerechnet der Bund es ist, der von einem Ausbau dezentraler Versorgungsstrategien unter den gegebenen Bedingungen am meisten profitieren würde (Luthe 2013-2, S. 19).

Herausforderungen und Chancen kommunaler Gesundheitspolitik

Das Thema „Dezentralisierung“ wird in kommunalen Kreisen oftmals nur unter dem Gesichtspunkt einer fachlichen Überforderung und finanziellen Belastung, insgesamt aber zu wenig hinsichtlich seiner Chancen und Potentiale kommuniziert. Je deutlicher Gesundheit als Thema lokaler Versorgungsdefizite wahrgenommen wird – und innerhalb der zurückliegenden Jahre sind die Empfindlichkeiten mit der Schließung von Krankenhäusern, ihren begrenzten Kompetenzen gegenüber der ambulanten Versorgungsebene und dem Ärztemangel auf dem Land nicht unerheblich gewachsen – umso mehr wird Gesundheitspolitik zu einem mobilisierungsfähigen Thema im kommunalpolitischen Meinungswettbewerb. Auch sind gewisse Potentiale für die Gemeindefinanzen und die wirtschaftliche Entwicklung der Kommune erkennbar (Oswald et al. 2013, S. 431 ff.). Gemeint sind Formen strukturpolitischer Clusterbildung wie in NRW, wo die Gesundheitswirtschaft gezielt als Motor der Regionalentwicklung instrumentalisiert wird. Denkbar sind zudem Möglichkeiten profitabler Beteiligung von Kommunen an den im SGB V heute schon geregelten integrierten Versorgungsformen (vor allem nach § 140 a SGB V; hierzu Luthe 2013-1, S. 23 ff.). Nicht zu vernachlässigen sind nicht zuletzt angesichts der Herausforderungen einer verlängerten Lebensarbeitszeit die Positiveffekte eines guten Präventions- und Versorgungsangebots für die lokale Wirtschaft einschließlich einer in den lokalen Strukturen vernetzten betrieblichen Gesundheitsförderung (hierzu Vater et al. 2013, S. 417 ff.). Im Dreiklang der Zukunftsthemen „Rationalisierung/Rationierung/Lebensqualität“ schließlich sollte erkannt werden, dass vor dem Hintergrund einer bereits weit entwickelten Medizin präventiven Maßnahmen heutzutage ein deutlich höherer Gesundheitsnutzen für die Bevölkerung zukommt als rein medizinischen Maßnahmen, womit, da Prävention naturgemäß in dezentralen Strukturen angesiedelt ist, die kommunale Versorgungsebene an

Bedeutung gewinnen muss. Hinzu kommt, dass drängende Erfordernisse der Rationierung deutlich mit denjenigen staatlichen Ebenen zusammengeführt werden müssen, auf denen entsprechende Fragen der Zuteilung medizinischer Leistungen sowohl der Sache nach als auch im Blick auf ihre legitimatorische Rückbindung angesiedelt sein sollten.

Das Gewinnen von Lebensqualität als sog. patientenrelevanter Endpunkt gesundheitspolitischer Strategien ist unter anderem eine Frage individueller Fairnesspräferenzen (Klonschinski 2013, S. 79) und diese sind per se dezentral gelagert: wenn gefragt wird, ob eine (etwa im Rahmen eines „risikoadjustierten“ Regionalbudgets) rationierte Geldmenge für die medizinische Behandlung ‚weniger‘, die Organisation der Versorgung ‚vieler‘ oder für die Gesundheitsförderung ‚aller‘ ausgegeben werden soll, sollte klar sein, dass die betroffenen Bürger dies nur gemäß ihrer Bedingungen vor Ort entscheiden können. Zentralisierte Entscheidungsverfahren machen in der Kombination mit salutogenen Fragestellungen nur wenig Sinn. Die messtheoretischen Aporien und entscheidungslogischen „Maximierungsprobleme“ sind damit keineswegs ausgeräumt (Breyer et al. 2013, S. 28 ff.). Aber Dezentralisierung kann bedeuten: man erhält neben vielleicht zielgenaueren Bedarfseinschätzungen einen Legitimationszuwachs für rationierende Zuteilungsentscheidungen in Gestalt kommunaler Demokratie. Derartige Horizonte kommunaler Gesundheitspolitik werden jedoch bislang allenfalls zaghaft und eher abstrakt in den Blick genommen (Ahlert und Kliemt 2013, S. 239).

Instrumente

Ebenso wichtig wie die Entscheidungsebenen und eigentlichen medizinischen Leistungen sind die Instrumente, mit denen ein dezentrales System koordiniert und qualitativ fortentwickelt wird. Fassen wir die wesentlichen Instrumente einer kommunalisierten Gesundheitspolitik kurz zusammen (vgl. im Einzelnen die Beiträge bei Luthé 2013):

Gesundheitsberichterstattung: Ziel von Gesundheitsberichterstattung ist die Verbesserung der Zielgenauigkeit gesundheitspolitischer Maßnahmen, die Motivierung von Bürgern und Entscheidungsträgern zu verstärktem gesundheitsrelevantem Engagement und die sachgerechte Aufklärung über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung bzw. die verfügbaren Angebote (Murza und Hurrelmann 1996). Ihr Gegenstand ist die Diagnose der epidemiologischen Bedingungen in Relation zur Versorgung der Bevölkerung als empirische Grundlage nachfolgender Ziel- und Maßnahmenplanungen.

Gesundheitsplanung: Gesundheitsplanung ermittelt Ziele und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Versorgung unter Berücksichtigung von Entscheidungsweisen, Ressourcen und erforderlichen Beteiligungsstrukturen

(Schröder et al. 1986). War bislang die Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention Hauptmotiv für entsprechende Planungsaktivitäten, so dürften demgegenüber Planungen im Bereich der ambulanten und stationären Versorgung als Folge integrierter Versorgungsformen unter Mitberücksichtigung erforderlicher Komplementärplanungen (wie Gesundheitserziehung in Schule und Betrieb, Vernetzung mit Freiwilligendiensten und Familien, Planung von Gesundheitsimmobilien, Umweltverträglichkeitsprüfung) zukünftig vermehrt hinzutreten. Ebenso wie die Gesundheitsberichterstattung muss kommunale Gesundheitsplanung heute als integriertes Planungsgeschehen unter Einbindung von Sozial-, Bildungs-, Behindertenhilfe-, Altenhilfe-, Jugendhilfe-, Wohnungsbau- und Stadtentwicklungsplanung verstanden werden (Barth 2011, S. 258).

Netzwerkbildung und Kooperation: In kommunalen Gesundheitslandschaften ist der Koordinationsbedarf nicht nur ein sektorales Problem, sondern auch an eine definierte Region gebunden. Formen kommunaler Zusammenarbeit können zwischen unterschiedlichen Verwaltungsträgern (etwa Krankenversicherung und Gesundheitsamt), zwischen Verwaltungsträgern gleichen Typs (interkommunale Zusammenarbeit), zwischen Organisationseinheiten eines Verwaltungsträgers (Jugendamt und Gesundheitsamt), zwischen Verwaltungsträgern und gesellschaftlichen Akteuren sowie zwischen gesellschaftlichen Akteuren entwickelt werden. Das Zusammenwirken von Staat und gesellschaftlichen Akteuren (§§ 18 SGB II, 2 SGB III, 17 SGB VII, 4 SGB VIII, 78 und 81 SGB VIII, 4 Abs. 3, 80, 99 SGB IX, 4 und 5 SGB XII, 5 BGG) sowie zwischen staatlichen Trägern (§§ 86, 95 SGB X, 12, 102 Abs. 2 SGB IX) ist vielfach auch sozialgesetzlich vorgeschrieben. Typologisch betrachtet beruhen Netzwerke auf dem Gedanken der Freiwilligkeit des Zusammenwirkens. Der Unterschied zwischen Kooperation und Vernetzung ist typischerweise vor allem darin zu sehen, dass Kooperationen feste Partnerschaften zur Erreichung vorgegebener Ziele bilden, während Netzwerke sich dagegen tendenziell über eine offene Mitgliederstruktur auszeichnen.

Qualitätssteuerung: In kommunalen Gesundheitslandschaften stellt sich die Qualitätsfrage in mehreren Hinsichten und anders als in herkömmlichen Bereichen der ärztlichen Behandlung, wo die Aufgabe der Qualitätssicherung mittlerweile auch gesetzlich geregelt wurde (§§ 137 – 137 b, 137 d SGB V). Herkömmlich dominiert die organisationsbezogene im Gegensatz zur räumlichen Perspektive. Erste Ansätze der Qualitätssteuerung im regionalen Umfeld finden sich dagegen bei den von Bund und Land geförderten Projekten der Gesundheitswirtschaft. Der Schwerpunkt liegt hier jedoch nicht so sehr in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung, sondern eher in bestimmten Strategien der Regionalentwicklung durch Aufbau von Wertschöpfungsketten innerhalb bestimmter Gesundheitscluster (siehe unter „Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen“). Abgesehen von den

üblichen Formen des Benchmarking (die im Bereich der Gesundheitsversorgung aber wohl nicht sehr hilfreich sind) sind gezielt räumlich ansetzende Strategien der Qualitätsmessung von Gesundheitsnetzen als Ausnahme anzusehen (hierzu Pimperl et al. 2014).

Case Management: Case Management als personenzentrierte Steuerung von Behandlungs- und Betreuungsvorgängen hat eine universell verwendbare Ablauforganisation. Die jeweiligen Einsatzbereiche aber erfordern weitere Differenzierungen. Der Krankenhausbereich etwa sieht sich unter dem Einfluss von DRGs und Komplexpauschalen zu einem rationellen Durchlauf von Patienten im Rahmen genauestens auszutarierender Behandlungspfade gezwungen. In der sektorübergreifenden Koordination von stationärer und ambulanter oder von medizinischer und rehabilitativer Behandlung sind problematische Schnittstellen zu bewältigen, künftig vor allem mit Hilfe einer komplexen Telematikinfrastruktur. Zwischen Jugendamt, psychiatrischer Versorgung und Schule zum Beispiel sind Beteiligte unterschiedlicher Fachdisziplinen zusammen zu bringen. Vor allem in der integrierten Versorgung gehört Case Management zu den zentralen Bausteinen, ist der Case Manager gleichsam Mediator zwischen medizinischen Behandlungsabläufen und sozialem Gesundheitskontext sowie zwischen den mitwirkenden Berufsgruppen und Organisationen. Im Idealfall kann sich so ein Kreislaufsystem zwischen den Ebenen Fallmanagement und Infrastrukturgestaltung entfalten, indem die Einzelfallinformation in die Strukturgestaltung ein- und diese in modifizierter Form wiederum ins Fallmanagement zurückfließt. In der integrierten Versorgung sind die Verbundsysteme anders als in der herkömmlichen Versorgung grundsätzlich selbst in der Lage, ihre Partner zu bestimmen und Behandlungspfade mit diesen auszugestalten. Die telemetrische Vernetzung ermöglicht hierbei ein Optimum an Kontrolle aller fallbezogenen Behandlungsschritte für alle Mitwirkenden. Gesundheitliches Case Management ist als Methode der Bedarfsfeststellung, Leistungskoordination und Erfolgsüberprüfung in den Konzepten der Sozial-, Gesundheits- und Bildungspolitik mittlerweile fest verankert. Der Kommune kommen hierbei wichtige infrastrukturelle Funktionen zu.

Qualität: Bei der Bewertung kommunaler Versorgungsnetze schließlich kann angesetzt werden bei der Zusammenarbeit von Anbietern (Kooperationsqualität), bei der Bewertung von Anbietern (Anbieterqualität) und bei der Bewertung einzelner Angebote (Angebotsqualität). Eine Kommune, die ihre Gesundheitsverantwortung ernst nimmt, hat sämtliche dieser Qualitätsbereiche in ihre Aktivitäten einzubeziehen. Soll die Gesundheitslandschaft überdies als „Markenzeichen“ einer Region oder Kommune genutzt werden, so ist die vorherige Festlegung von Gesundheitsstandards und ihre Kontrolle durch Zertifizierungsinstanzen hierfür eine Grundvoraussetzung. Zudem ist in diesem Zusammenhang die wachsende

Anzahl von Internetportalen zur Bewertung von Leistungserbringern in Rechnung zu stellen, die ihrerseits als Faktoren kommunaler Wirtschaftskraft nicht ohne Bedeutung sein dürften (vor allem bei kommunaler Einrichtungsträgerschaft).

2.6 Integration

Daseinsvorsorge muss wesensmäßig als integrierter infrastruktureller Grundversorgungskomplex verstanden werden: ohne Energie kein Krankenhaus, ohne Straßen keine Rettungsdienste, ohne Kreditversorgung lokaler Unternehmen durch Sparkassen keine Gewerbesteuer und somit auch keine Daseinsvorsorge usw. Aber auch die einzelnen Versorgungsbereiche sind bei richtiger Betrachtung nicht anders aufgestellt. Auch hier gilt: funktional betrachtet gehen sämtliche Vorzüge einer dezentralisierten kommunalen Versorgung verloren, wenn nicht darauf geachtet wird, dass die Verzahnung auch innerhalb einzelner Aufgabenbereiche funktioniert.

Integrationsformen im Bereich der Gesundheitsversorgung

Einen guten Eindruck von der Komplexität eines medizinischen Integrations-Managements vermitteln die Autoren des als Lehrbuch vorliegenden Werkes „Management im Gesundheitswesen“ (Busse et al. 2013). Anstatt eines Gesamtüberblicks werden wir uns hierbei auf zentrale Fragen beschränken müssen: welche Integrationsformen zeichnen sich ab und in welcher Intensität (Integrationstiefe und -breite) liegen diese vor? Die Autoren differenzieren das Integrationsgeschehen zum einen *sektoral* und zwar getrennt nach Leistungen, Kunden, Finanzen, Personal sowie Controlling und zum anderen *innerhalb der Organisation* unter dem Gesichtspunkt medizinischer Integration (Versorgung nach gemeinsamen Leitlinien), organisatorischer Integration (definierte klinische Behandlungspfade über verschiedene Professionen/Sektoren hinweg), infrastruktureller Integration (gemeinsame Nutzung von Geräten, elektronische Patientenakte oder Internetplattform), wirtschaftlicher Integration (gemeinsames Budget und gemeinsamer Einkauf) und rechtlicher Integration (spezifische Versorgungsverträge mit den Krankenkassen, Kooperationsverträge zwischen den beteiligten Partnern und beim Einkauf von Leistungen im Außenbezug). Kennzeichen insbesondere des Leistungsmanagements in der integrierten Versorgung ist die Organisation der Versorgung über Professionen und Sektoren hinweg. Dabei kann Integration horizontal auf einer einzigen Wertschöpfungsebene verlaufen (etwa im Rahmen der Akutversorgung) oder vertikal über mehrere Wertschöpfungsstufen hinweg (Hausarzt-Facharzt-Klinik-Reha; Schreyögg et al. 2013, S. 106 ff.). Insbesondere

vertikale Integration entsteht durch vertragliche Einbindung der Netzwerkpartner auf der Basis eines dem Vertragsschluss vorangehenden Vertragswettbewerbs.

Der Integrationsgrad kann variieren. Vollintegrierte Versorgungsnetze werden z. B. von einem Konzern, einer Leitstelle oder einer Managementgesellschaft als Planungs- und Kontrollinstanz geführt. Den Fall eines Versorgungsnetzes, das sowohl Kostenträger als auch Leistungserbringer integriert, kennen wir als „Health Maintenance Organisation“ vor allem aus den USA und der Schweiz. In Deutschland, wo die Finanzierung, nicht aber die Leistungserbringung Sache der Krankenkassen ist, ist der trägerintegrierte Netzwerktyp in den krankensicherungsrechtlichen Regelungen des SGB V (bis auf den Sonderfall der Knappschaft Bahn See und zu einem gewissen Teil das System der Berufsgenossenschaften und der Sozialversicherung Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau) jedoch nicht vorgesehen und wäre mit den herkömmlichen, auf kollektivvertraglicher Ebene verwurzelten Strukturen des deutschen Systems auch nur schwer zu vereinbaren. Health Maintenance Organizations sind – wie die US Veteran Health Administration oder Kaiser Permanente beispielhaft zeigen – hinsichtlich der Integrationstiefe zumeist eng verbunden, insbesondere durch eine elektronische Patientenakte, die Installation kontinuierlich evaluierter Behandlungspfade, aber auch durch die flexible Kombination von Strukturen der Kooperation mit solchen des Wettbewerbs zwischen den Netzwerkpartnern (Busse et al. 2013, S. 110, 149 ff.). Einen geringeren Integrationsgrad weisen dagegen Modelle mit eher netzwerkartigem Charakter auf. Ihr Unterschied zu den vollintegrierten Systemen liegt darin, dass die Identitäten der beteiligten Kooperationspartner erhalten bleiben, zentrale Managementfunktionen weitestgehend ausgeschaltet sind und es unter besonderer Berücksichtigung des individuellen Behandlungsbedarfs vermehrt zu situativen Arrangements der Behandlung bzw. zeitlich befristeten Kooperationsbeziehungen kommt (Mühlbacher 2007, S. 12 ff.). Hinsichtlich der Integrationsbreite sind indikationsbezogene und indikationsübergreifende Modelle bekannt, letztere auch im Sinne einer populationsbezogenen Vollversorgung auf sämtlichen Wertschöpfungsstufen auf der Basis einer indikationsübergreifenden Budgetverantwortung des Netzwerks für die Behandlungsfälle einer Region (Hermann 2006, S. 12 f., 19 f.; Luthe, 2013-3, S. 38 f.).

Entwicklungsphasen des Integrationsgedankens

Diese eher statische Betrachtung von Integrationsebenen lässt sich um eine dynamische Betrachtung der Entwicklungsstufen praxistypischer Integrationskonzepte erweitern. Die Idee einer optimierten Gestaltung der Versorgung durch Verzahnung der Leistungsanbieter, Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven und Maßnahmen der Qualitätssicherung ist im Grunde so alt wie die im Kontext von Managed Care entstandenen Managementphilosophien. Erst in der Verbindung mit

Konzepten der Gesundheitsförderung und Prävention aber werden Entwicklungen angestoßen, die einem Paradigmenwechsel in der Versorgung Kranker gleichkommen. Hildebrandt und Trojan verorten die konzeptionellen Anfänge einer insofern kontextbezogen ansetzenden Integrierten Versorgung im sog. Chronic-Care-Modell gegen Ende der 1990er Jahre (Hildebrandt und Trojan 2015). An diesem wurde jedoch kritisiert, dass es in zu hohem Maße kurativ bzw. Anbieter-fixiert sei und die Interventionsbedarfe im Umfeld der Betroffenen vernachlässige. Erst in der Verknüpfung des Chronic Care-Modells mit dem Konzept der Health Promotion (Ottawa Charta) findet die erforderliche Vermischung statt zwischen primär- bis tertiärpräventiven Elementen der Gesundheitsförderung insbesondere von krankheitsgefährdeten und chronisch kranken Menschen. Gemäß dem Selbstverständnis der integrierten Versorgung finden sich als einzubeziehende Akteure neben dem Behandlungspersonal nunmehr auch Patienten und Community, die kommunale Infrastruktur sowie die vor Ort angesiedelten Unternehmen. Der vorerst letzte Entwicklungsschritt liegt in der Nutzbarmachung der Informationstechnologie: der Effekt des Peer-to-Peer-Trainings, die gesundheitsbezogene Kommunikation in sozialen Medien, die Unterstützung durch Mobile Health, „wearable textile devices“ (in die Kleidung integrierte oder implantierbare Überwachungsgeräte), der Einbau von „smart meters“ (intelligenten Messgeräten) und vor allem heutige Möglichkeiten eines grenzenlosen telemedizinischen Austauschs patienten- und evidenzbezogener Daten bringen Netzwerkkonzepte in Reichweite, deren Variantenreichtum und Wandlungsfähigkeit alles bislang Dagewesene in den Schatten stellen.

Integrationsmodelle

Die Einbeziehung des sozialen Umfeldes in die Konzeptentwicklung (siehe zuvor) hat vor allem zweierlei zur Folge: eine dezentrale Sicht der Dinge und die hierauf fußende Erkenntnis, dass der Integrationsgedanke nicht mehr nur an bestimmten Regelungsmaterien und Trägerzuständigkeiten festzumachen ist. Gleichwohl ist die integrierte Versorgung, was die Verhältnisse in Deutschland anbetrifft, derzeit im Wesentlichen beschränkt auf die durch die gesetzliche Krankenversicherung vorgezeichneten Möglichkeiten. Im Zentrum stehen die Beziehungen zwischen Krankenkasse und Versorgungsnetz. Die Bedeutung sonstiger Entscheidungsträger (vor allem sonstige Sozialversicherungsträger) und Entscheidungsebenen (etwa Ländern und Kommunen) ist marginal. Konzeptionell vorherrschend sind mithin trägergebundene indikationsspezifische Modelle sowie populationsbezogene Vollversorgungsmodelle jeweils im Zuständigkeitsbereich der Krankenkassen.

Eher in Umrissen und „auf dem Papier“ zu sehen bekommt man dagegen Versorgungsmodelle unter Beteiligung nicht nur unterschiedlicher Behandlungssektoren und Leistungsanbieter, sondern auch unterschiedlicher staatlicher Kostenträger. Die

deutlichsten Beispiele hierfür finden sich, traditionell vorgeprägt durch die integrierte Versorgung psychisch Kranker, in den gesetzlichen Regelungen zur Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX), abgeschwächt aber auch in den Neuregelungen zum Schnittstellenmanagement in der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung (SGB V und XI). Der Integrationsgedanke zielt hier vor allem auf die Koordination der staatlichen Kostenträger und ihrer Leistungen, erfasst die Leistungsanbieter allerdings nur in diesem Rahmen und mithin indirekt (zum Ganzen: Luthe 2013-3, S. 47 f.). Die Möglichkeit einer integrierten Leistungsfinanzierung, also beispielsweise einer Mischfinanzierung durch Kommune und Sozialversicherungsträger, scheidet bereits am verfassungsrechtlichen Verbot von Mischverwaltungen (was einer Kooperation im Bereich der Entscheidungsvorbereitung oder auch Formen der Versorgung in trägerübergreifenden Teams allerdings nicht im Wege steht).

Eine Integration auch des staatlichen Finanziers in das Versorgungsnetz, ähnlich den „Health Maintenance Organizations“ (Greiling und Dudek 2009, S. 42), wurde aber weder in den einschlägigen Regelungen des SGB V noch des SGB IX strukturell verankert und wird sozialpolitisch derzeit nur im Bereich der Kinder- und Jugendhilfe ernsthaft in Erwägung gezogen: sog. Trägerverbände bestehend aus Jugendamt und einigen mittels Vergaberecht ausgewählten Leistungsanbietern sollen eine „sozialräumlich“ gestaltete Koordination der Angebote auf der Basis eines sog. Sozialraumbudgets sicherstellen und dabei in die Lage versetzt werden, sowohl Sektoren als auch Infrastruktur- und Anspruchsleistungen des Gesetzes flexibel zu integrieren (Luthe 2001; Nellissen 2006). Hiervon zu unterscheiden ist die (zumindest gesetzlich keineswegs ausgeschlossene) Beteiligung der Kommunen als Netzwerkpartner der integrierten medizinischen Versorgung: Träger der staatlichen Finanzierung bleiben die Krankenkassen, die Kommunen allerdings sind Vertragspartner des Versorgungsnetzes (und damit der Krankenkassen) und können im Management ebenso wie in der Leistungserbringung aktiv werden. Sein weitestes Verständnis hat der Integrationsgedanke derzeit im Leitbild einer „Kommunalen Gesundheitslandschaft“ gefunden: die Kommune als bürgernaher Kulminationspunkt der gesundheitlichen Versorgung schlechthin koordiniert das gesamte gesundheitliche Versorgungsgeschehen vor Ort nach Maßgabe sozialräumlicher und infrastruktureller Bedingungen (Luthe 2013-1 und -2). Der Gedanke einer verstärkten kommunalen Verantwortung gilt heute vielen als Antwort auf Probleme der Unterversorgung ländlicher Regionen. Hierbei bleibt man mit einer differenzierteren Bedarfsplanung bei der Ärzteversorgung und der Aufhebung starrer Sektorengrenzen jedoch auf halbem Wege stehen, wenn nicht auch die entsprechenden Entscheidungsverfahren für Impulse „von unten“ geöffnet werden (Hess 2013, S. 394 f.).

Dezentrale Integration als Voraussetzung für „Lebensqualität“

In diesem Punkt zeigt sich, dass der Integrationsgedanke nicht nur eine informations- und versorgungstechnische, sondern im Dreiklang von „Rationalisierung/Rationierung/Lebensqualität“ auch eine normative Stoßrichtung besitzt (Luthé 2015, S. 20 f.). Das Gewinnen von Lebensqualität als sog. patientenrelevanter Endpunkt gesundheitspolitischer Strategien ist unter anderem eine Frage individueller Fairnesspräferenzen und diese sind per se dezentral gelagert. Anders gesagt – wenn heute von vermehrter Patientenorientierung die Rede ist, so kann dies letztlich nicht ohne den Patienten geschehen (Candidus 2009; Schmitt 2009). Wenn also entschieden werden muss, ob eine rationierte Geldmenge für die Behandlung „Einzelner“, die verbesserte Organisation der Versorgung „Vieler“ oder für die Gesundheitsförderung „Aller“ bereitgestellt werden soll, so kann dies nur unter Einbeziehung der örtlichen Bedingungen und im Zuge der Bewertung eben dieser Bedingungen durch die betroffenen Bürger selbst überzeugen. Zentralisierte Entscheidungsverfahren machen in salutogenen Kontexten nur wenig Sinn. Dies kann bedeuten: neben vielleicht zielgenaueren Bedarfseinschätzungen erhält man einen Legitimationszuwachs in Gestalt kommunaler Demokratie, je mehr die kommunale Ebene (etwa auf der Basis risikoadjustierter Regionalfonds) in die Versorgungsverantwortung genommen wird.

Umsetzungsformen

Wesentliches Kennzeichen der integrierten medizinischen Versorgung ist ihre Finanzierung durch risikoadjustierte Pauschalen (Capitation) mit einer zumindest teilweisen Verlagerung des finanziellen Risikos auf die Anbieter der Gesundheitsleistungen. Dies ist dann der Fall, wenn sich die Finanzierung nicht an der Anzahl der erbrachten Behandlungsleistungen orientiert, sondern wenn eine Pauschale gewährt wird für jeden in das Netzwerk eingeschriebenen Patienten. Bei der Feinausgestaltung sind aber weitere Differenzierungen denkbar. So kann sich die Finanzierung entweder auf den *Patienten* (bspw. Patientengruppen mit gleicher Erkrankung, bestimmte Versichertengruppen, alle Patienten einer Region) oder auch auf die *Leistungen* (etwa spezielle Leistungen, Leistungsbündel einer Behandlungsart, Leistungen bezogen auf Indikationsgruppen oder alle anfallenden Leistungen) beziehen. Neben oder in Ergänzung der reinen Capitation-Variante sind zudem weitere Cost-sharing-Verträge für definierte Leistungen einer Behandlungsart oder auch Risk-sharing-Verträge mit erfolgsorientierter Vergütung denkbar. Da die gesetzlichen Regelungen im SGB V hinsichtlich der näheren Ausgestaltung der zwischen Krankenkasse und Anbietern geschlossenen Verträge offen sind

sehr unterschiedliche Modellvarianten vorstellbar (vgl. z. B. Hermann et al. 2006; Zeichhardt und Voss 2009).

Die in Deutschland gängigen Versorgungsmodelle mit Ausnahme sog. populationsorientierter Vollversorgungsmodelle sind in sektoraler und fachlicher Hinsicht differenziert. Teils liegt der Fokus auf bestimmten Versorgungsformen (sektorspezifische oder -übergreifende Angebote wie etwa bei §§ 63-65, 73 b, 140 a-d, 137 f-g SGB V), teils auf Formen fachgebietsübergreifender Versorgung (etwa §§ 63-65, 140 a-d, 137 f-g SGB V). Sie kommen zumeist durch selektives Kontrahieren direkt zwischen Kassen und Anbietern einer Region zustande (etwa §§ 63-65, 73 b, 140 a-d SGB V; § 92 b SGB XI). Welche Behandlungsphasen erfasst werden ist teils gesetzlich, teils aber auch nur vertraglich geregelt bzw. zu regeln (Prävention, ambulante und stationäre Erst- und Sekundärbehandlung, Rehabilitation, Pflege, Palliativ- und Hospizversorgung). Die eigentlichen Versorgungsstrukturen sind gesetzlich jedoch nur in den Grundzügen vorgegeben und damit in den Details frei verhandelbar (vor allem §§ 140 a ff. SGB V). Dies ermöglicht den flexiblen Einsatz aller denkbaren Managementstrukturen wie etwa Gatekeeping, Qualitätsmanagement, Disease- und Casemanagement, Entwicklung von Behandlungsleitlinien, utilization review, Tele-Monitoring und hinsichtlich der Arzneimittelversorgung auch netzspezifische Positivlisten.

2.7 Kooperation – Hierarchie – Wettbewerb

Daseinsvorsorge lebt idealtypisch vom Gedanken einer problemnahen und bedürfnisgerechten Versorgung der Bevölkerung, die anstatt der Orientierung am privaten Profit den inkommensurablen „Dienst am Menschen“ in den Vordergrund stellt. Man könnte auch sagen: anstatt Wettbewerb um Marktchancen die Kooperation aller Beteiligten im Sinne eines Versorgungsprimats der Politik gegenüber der Versorgungsfunktion des Marktes. Dies mag der Tagespolitik genügen. Gemessen an der Versorgungsfunktion allerdings sind Kooperationsbeziehungen innerhalb der zur Verfügung stehenden Modelle erheblich komplexer gelagert; die einfache Unterscheidung zwischen Staat und Wirtschaft trägt ebenso wenig wie die Vorstellung reiner Kooperation ohne Hierarchie und ohne Wettbewerb. Dies gibt Anlass, den Kooperationsgedanken in den skizzierten Zusammenhängen genauer zu betrachten.

Kooperation der Anbieter

Kooperationen im Gesundheitswesen sind vielschichtig. Man kann den Kooperationsgedanken im Blick etwa auf die „Gemeinsame Selbstverwaltung“, den

„Gemeinsamen Bundesausschuss“ oder das Kollektivvertragssystem der GKV auf korporatistische Beziehungen zwischen Krankenkassen oder zwischen diesen und Verbänden der Leistungserbringer ebenso beziehen (vgl. etwa die Beiträge in Schmehl und Wallrabenstein 2006) wie auf die Zusammenarbeit der Anbieter von Gesundheitsleistungen bei der unmittelbaren Versorgung des Patienten. Allein letzteres ist unser Thema. In dieser Hinsicht verdankt sich die Popularität des Kooperationsgedankens vor allem folgenden Aspekten:

- Strukturell unbewältigte Schnittstellen des Behandlungsprozesses führen zu Brüchen im Behandlungsprozess und verursachen überdies Zusatzkosten. Reibungen, Behandlungsdiskontinuitäten und Ineffizienzen treten vor allem dort auf, wo es um die Steuerung des Übergangs zwischen Behandlungsphasen sowie Behandlungseinrichtungen und hier vor allem zwischen dem stationären und ambulanten Sektor geht.
- Die Behandlung chronisch erkrankter multimorbider Patienten ist komplex, umfasst zumeist mehrere Behandlungsphasen, ist in ihrem Verlauf nur schwer zu prognostizieren und erfordert deshalb ein stark individualisiertes Behandlungsetting unter Einbindung verschiedener miteinander kooperierender Leistungserbringer.
- Zivilisationskrankheiten wie etwa Übergewicht und Depressionen lassen sich nur unter Einbeziehung des gesellschaftlichen Umfeldes und der relevanten gesellschaftlichen Akteure nachhaltig bekämpfen.
- Der medizinische Fortschritt führt zu erhöhter Spezialisierung und erhöht so gleichzeitig den Kooperationsbedarf zwischen den Leistungserbringern.
- Die Inklusion kranker und behinderter Menschen ist in besonderem Maße von deren Mitwirkungsmotivation abhängig. Generell gewinnt die Therapietreue des Patienten eine immer größere Bedeutung bei der Sicherstellung von Behandlungseffizienz.

„Patientenorientierung“ schließlich als relativ junges Leitbild der Medizin beinhaltet auch ein gewisses Maß an Kooperation mit dem Patienten.

Kooperation, Hierarchie und Konkurrenz

Kooperationsbeziehungen sind zumeist eingebunden in größere Zusammenhänge. Das Ausmaß ihrer Integration kann jedoch sehr unterschiedlich sein. Kooperationen finden bspw. im stark hierarchisierten Krankenhaus ebenso statt wie in vergleichsweise locker geknüpften Ärztenetzen. Für die Praxis integrierter Versorgungssysteme ist der Kooperationsgedanke prägend: Kooperation wird nicht nur benötigt zur Planung und Ausführung des jeweils richtigen Behandlungsdesigns,

sondern auch als Katalysator der Entwicklung eines bestimmten, von Dialogbereitschaft getragenen Selbstverständnisses im Umgang der beteiligten Berufsgruppen untereinander und in ihrem Verhältnis zum Patienten (Siegel et al. 2009, S. 228; Weatherly 2013-1, S. 113; ders. 2013-2, S. 132).

Gleichwohl sind Behandlungsnetzwerke dieser Art niemals frei von Hierarchie und Konkurrenz. Innerhalb der Wertschöpfungskette gibt es vertikale Beziehungen zwischen Arztpraxen verschiedener Fachrichtungen oder Klinikärzten und nicht-ärztlichen Berufsgruppen ebenso wie horizontale Beziehungen zwischen Ärzten gleicher Fachrichtung, etwa bei der Zusammenarbeit in Qualitätszirkeln. Und ebenso wie enge Kooperationen im Innenverhältnis des Versorgungssystems bestehen laterale Beziehungen nach außen etwa zu Beratungsgesellschaften, IT-Dienstleistern sowie sonstigen Akteuren im regionalen und weiteren Umfeld. Hierbei handelt es sich nicht selten um Wettbewerber, die, sobald sie für das Netzwerk innerhalb bestimmter Behandlungspfade tätig sind, sich auch in kooperativen Beziehungen zueinander bewähren müssen (Zeichhart und Voss, 2009, S. 239 ff.; Amelung et al. 2009, S. 16).

Der politisch-administrative Kooperationsrahmen

Ob und wie sich Kooperationsbeziehungen entfalten ist eine Frage der transzendierenden Strukturierung des Verhältnisses von Organisation und Interaktion (Giddens 1984, S. 51 ff.). Hierfür ist nicht nur der in steter Entwicklung begriffene, weil als Medium *und* Ergebnis von Kooperation sich entfaltende Behandlungspfad entscheidend (näher Zeichhart u. Voss, 2009, S. 246 f.), sondern auch der organisationsübergreifende politisch-administrative Rahmen im Sinne präformierender Möglichkeitsbedingungen kooperativer Organisationsbeziehungen. Insofern macht es einen Unterschied, ob Kooperationen zwischen staatlichen Leistungsträgern oder zwischen Leistungserbringern stattfinden, ob sie zentral oder dezentral gesteuert werden und ob sie gesetzesübergreifend oder nur innerhalb einer gesetzlichen Regelungsmaterie anzutreffen sind. Insofern lassen sich für Deutschland vier Modelltypen benennen, die für die jeweilige Art und das jeweilige Ausmaß von Kooperationen bestimmend sind (näher Luthe 2013-1, S. 39 ff.):

- Fachlich homogen und zentriert auf den staatlichen Träger der GKV sind Kooperationsmodelle, die sich auf *bestimmte Indikationen* beschränken, wie etwa der onkologische oder psychiatrische Behandlungsverbund.
- Komplexer gelagert sind *populationsbezogene Vollversorgungsmodelle*. Diese tragen im Normalfall die Finanzierungs- bzw. Budgetverantwortung oder sie finanzieren sich, wie im besonderen Fall des Modells „Gesundes Kinzigtal“, über ein differenziertes „Einsparcontracting“ mit verbleibender Kostenträgerschaft

bei der Krankenkasse. Vollversorgungsmodelle decken grundsätzlich die gesamte Versorgung einer bestimmten Population ab und sind sowohl sektor- als auch berufsgruppenübergreifend tätig. Entsprechend heterogen ist die fachliche Ausrichtung des Versorgungsnetzes und sind damit die Kooperationsformen zwischen den beteiligten Leistungserbringern und gesellschaftlichen Akteuren. Die Kontrollverantwortung für das Leistungsspektrum verbleibt bei der gesetzlichen Krankenversicherung.

- Anders ist dies bei den *trägerübergreifenden Versorgungsmodellen* der Rehabilitation. Der Kooperationsgedanke zielt hier ausschließlich auf die Koordination der staatlichen Leitungsträger mit dem Ziel einer möglichst nahtlosen und zügigen Leistungserstellung. Modelle der integrierten Versorgung und Leistungsfinanzierung sind hier, von den Leistungen der Frühförderung einmal abgesehen, trotz des rehabilitativen Ganzheitlichkeitsgrundsatzes auf gesetzlicher Ebene nicht vorgesehen (kritisch Mrozysnski 2011, S. 12 f., 16); sie würden zumindest im Verhältnis der auf Bundes – und kommunaler Ebene beteiligten Rehabilitationsträger auch dem Mischverwaltungsverbot zuwiderlaufen.
- Im (derzeit nur in Ansätzen vorhandenen) Modell einer *kommunalen Gesundheitslandschaft* schließlich sind Kooperationsbeziehungen basierend auf der Idee medizinischer Vollversorgung und angesichts einer verstärkten Öffnung des Versorgungsgeschehens für Prävention stark polyzentrisch ausgerichtet (zur polyzentrischen Organisation: Mühlbacher 2007, S. 15). Eine dominante Führungsposition kommt, abgesehen von gesetzlichen Steuerungsimpulsen in der Kontrollzuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung, grundsätzlich keinem der beteiligten Kooperationspartner zu. Neben festeren Kooperationsbeziehungen zur bundesstaatlichen Finanzierungsebene und zur kommunalen Koordinationsebene sind die Strukturen mit Rücksicht auf individualisierte Behandlungswege und angesichts der besonderen Bedeutung gesellschaftlicher Akteure für die Präventionsarbeit stark netzwerkförmig ausgestaltet.

Kooperation und Managed Care

In Organisationen des Managed Care ist der Kooperationsgedanke zentral. Managed Care ist ein marktwirtschaftliches Versorgungs- und Versicherungskonzept mit dem Ziel einer effizienten Allokation knapper Mittel innerhalb eines medizinischen Versorgungsnetzes, das über das gesamte Kontinuum von Gesundheitsbedürfnissen hinweg Leistungen selbst erbringt oder ihre Erstellung organisiert. Hierarchische Formen der Integration von Leistungsanbietern z. B. mit Krankenhäusern an der Spitze und untergeordneten ambulanten Anbietern sind nicht unüblich. Beteiligte Leistungserbringer hierarchisch zu koordinieren bzw. diesen ein gemeinsames Zielsystem vorzuschreiben ist aber aufgrund der rechtlichen Selbständigkeit der

Kooperationspartner und ihres eigenständigen Managements oft nur begrenzt möglich; dies zeigt sich vor allem bei Netzwerken mit populationsorientierter Vollversorgung.

An die Stelle vertikaler Integration treten hier eher lose, extern koordinierte horizontale Beziehungen der Kooperation und Vernetzung (zur externen und internen Vernetzung vgl. Schreyögg 2009, S. 219). Die Aufgabe der Managementebene beschränkt sich auf die Auswahl der geeigneten Netzwerkpartner, die Verwaltung und Allokation der zur Verfügung stehenden Ressourcen, die Bewertung und Evaluation der kooperativen Geschäftsaktivitäten und deren Kommunikation im Netzwerk. Die Steuerung der operativen Abläufe erfolgt weitestgehend auf horizontaler Ebene: die Beteiligten verpflichten sich zum Beispiel zur Mitarbeit in strukturierten Qualitätszirkeln und Fallkonferenzen, arbeiten arbeitsteilig im Team, idealerweise unter größtmöglicher Überwindung herkömmlicher Statushierarchien beteiligter (z. B. ärztlicher und pflegerischer) Berufsgruppen, bündeln und koordinieren ihre Kernkompetenzen innerhalb indikationsspezifischer Behandlungspfade und entwickeln Leitlinien im Rahmen einer Evidence based Medicine. Und das Monitoring des jeweiligen Behandlungsverlaufs mittels digitaler Kommunikationstechnologien, zu denen alle Netzwerkpartner Zugang haben, erleichtert die Kommunikation auch über die räumlichen zeitlichen und sektoralen Grenzen beteiligter Behandlungsorganisationen hinweg. Dem Patienten bleiben so die sektoralen Grenzen und Organisationsstrukturen des Gesundheitssystems verborgen: „Er erhält eine speziell für ihn konfigurierte Leistung, die alle notwendigen Behandlungsschritte unabhängig von den beteiligten Institutionen der Leistungserbringer, der funktionalen Zuordnung der Leistungsinhalte und der Vergütungs- und Informationssysteme umfasst“ (Mühlbacher 2007, S. 15).

Gleichwohl besteht hinsichtlich der Effizienz medizinischer Versorgungsnetzwerke im Vergleich zu zentralistisch gesteuerten Systemen weitgehend noch Forschungsbedarf, insbesondere was den Beitrag einzelner Instrumente von Managed Care anbetrifft (Gatekeeping, Case Management, Guidelines, Demand Management, Vergütungsformen). Lediglich das im eigentlichen Sinne kooperativ gelagerte Element der Entwicklung von Qualitätsrichtlinien und netzspezifischer Behandlungspfade scheint im Hinblick auf seine Effizienz mittlerweile über jeden Zweifel erhaben zu sein (im Überblick vgl. Berchtold und Hess 2007, S. 7 sowie Pimperl et al. 2014).

Netzwerkkooperation unter organisationssoziologischem Blickwinkel

Organisationssoziologisch werden im Wesentlichen drei Gründe für das Entstehen kooperativer bzw. netzwerkförmiger Arbeitsbeziehungen angeführt (hierzu Schubert und Vogd 2009, S. 35 ff.). In einer hochgradig arbeitsteiligen Medizin hat der

Wissenstransfer in Netzwerken besondere Bedeutung. Hochtechnisierte Medizin wirft eine Schnittstellenproblematik auf, die auf formaler Ebene zu einer Desintegration medizinischer Handlungsstrukturen sowohl im Krankenhaus als auch zwischen verschiedenen Einrichtungen führt. Die sich hierbei ergebenden Brüche können nicht mehr über bürokratische Organisationsformen, sondern nur noch über persönliche Netzwerke der beteiligten Wissensagenten bewältigt werden, in denen Experten wissen, auf welche Weise sie sich auf andere Experten verlassen können. Als weiterer Grund wird die *Geschwindigkeit* angeführt, in der Ärzte heute einerseits auf die in steter Veränderung begriffenen rechtlichen und andererseits auf den enormen medizinischen Wissenszuwachs reagieren müssen, – auch dies Entwicklungen, denen ein bürokratisches Steuerungssystem nicht gewachsen wäre.

Schließlich wird auf die besondere Rolle des *Vertrauens* in Netzwerken hingewiesen. Netzwerke koordinieren die in urbanen Räumen vorhandene Kompetenz und Spezialisierung der Ärzte und Behandlungseinrichtungen. Überweisungspraktiken folgen in dieser Hinsicht nicht allein fachlich-technischen Erfordernissen, sondern eben auch sozialen Konventionen und institutionellen Arrangements. Mehr und mehr rückt so die Netzwerkkultur in den Vordergrund, die ein Versorgungssystem bei nachlassender Hierarchisierung der Arbeitsbeziehungen zusammenhält (Walker et al. 1997). Nicht zuletzt der Patient mit seinen gehobenen Ansprüchen an die Versorgungsqualität orientiert sich heute nicht mehr nur an seinem Arzt, sondern auch am Prestige des Behandlungsnetzwerks, dem dieser angehört (Keßel 2014). Die Koordination medizinischer Dienstleistungen unterliegt somit weder rein marktlicher noch rein bürokratischer Kontrolle, sondern in stetem Wandel begriffenen Netzwerkkonventionen, die als „Skripts“ bzw. „frames“ die Art des Umgangs mit formalisierten Wissensstrukturen der Medizin – bildlich von der wissenschaftlichen Erkenntnis bis zur Patientenakte – mitbestimmen.

Kopplung von Markt und Hierarchie in der medizinischen Versorgung

Die von Forsthoff apostrophierte Konfrontationsbeziehung zwischen Markt und Staat ist unterkomplex. Stellt man allein auf die Versorgungsfunktion ab, so empfiehlt es sich, grundsätzlich beide Komponenten im Spiel zu halten und den Erfordernissen gemäß zu kombinieren, wenn man den strukturell und in ihrer Dynamik unterschiedlichen Versorgungsbereichen in ihrer makro- und mikrostrukturellen Verfasstheit gerecht werden will.

Kooperationsbeziehungen sind zumeist eingebunden in größere Zusammenhänge. Das Ausmaß ihrer Integration kann jedoch sehr unterschiedlich sein. Kooperationen finden bspw. im stark hierarchisierten Krankenhaus ebenso statt wie in vergleichsweise locker geknüpften Ärztenetzen. Für die Praxis integrierter Versorgungssysteme ist der Kooperationsgedanke prägend: Kooperation wird

nicht nur benötigt zur Planung und Ausführung des jeweils richtigen Behandlungsdesigns, sondern auch als Katalysator der Entwicklung eines bestimmten, von Dialogbereitschaft getragenen Selbstverständnisses im Umgang der beteiligten Berufsgruppen untereinander und in ihrem Verhältnis zum Patienten (Siegel et al. 2009, S. 228; Weatherly 2013-1, S. 113; ders. 2013-2, S. 132).

Gleichwohl sind Behandlungsnetzwerke dieser Art niemals frei von Hierarchie und Konkurrenz. Innerhalb der Wertschöpfungskette gibt es vertikale Beziehungen zwischen Arztpraxen verschiedener Fachrichtungen oder Klinikärzten und nicht-ärztlichen Berufsgruppen ebenso wie horizontale Beziehungen zwischen Ärzten gleicher Fachrichtung, etwa bei der Zusammenarbeit in Qualitätszirkeln. Und ebenso wie enge Kooperationen im Innenverhältnis des Versorgungssystems bestehen laterale Beziehungen nach außen etwa zu Beratungsgesellschaften, IT-Dienstleistern sowie sonstigen Akteuren im regionalen und weiteren Umfeld. Hierbei handelt es sich nicht selten um Wettbewerber, die, sobald sie für das Netzwerk innerhalb bestimmter Behandlungspfade tätig sind, sich auch in kooperativen Beziehungen zueinander bewähren müssen (Zeichhart und Voss 2009, S. 239 ff.; Amelung et al. 2009, S. 16).

Kooperation in wettbewerblichen Makrostrukturen

Innerhalb des von Cassel und Wasem (2014, S. 24) entworfenen Beziehungsdreiecks zwischen Patienten als „Prinzipalen“ und den Krankenkassen sowie Leistungserbringern als „Agenten“ ergeben sich drei zentrale Wettbewerbsfelder, wenn man ihnen die Rollen von Nachfragern und Anbietern zuordnet: dem *Behandlungsmarkt*, auf dem Leistungserbringer um Patienten konkurrieren, dem *Versicherungsmarkt*, auf dem Krankenkassen um Mitglieder konkurrieren und dem *Leistungsmarkt*, auf dem Krankenkassen als Nachfrager und Leistungserbringer als Anbieter um den Abschluss von Versorgungsverträgen konkurrieren. Wenn nunmehr nach der Bedeutung des Kooperationsprinzips innerhalb dieser Wettbewerbsbeziehungen gefragt werden soll, so handelt es sich angesichts der im deutschen System nur unzureichend ausgebildeten Wettbewerbsstrukturen um eine weithin hypothetische Frage nach den (Ideal-)Bedingungen, unter denen der Kooperationsgedanke im Sinne eines Attraktors (Walter et al. 2000, S. 112) Wettbewerbschancen generieren kann.

Auf dem sog. Behandlungsmarkt (Cassel und Wasem 2014, S. 25, 33) müssten sich nach Auffassung der Autoren an sich aus dem Eigeninteresse der Leistungsanbieter Wettbewerbsergebnisse einstellen, die einer patientengerechten Behandlung entsprechen. Allerdings befindet sich der Patient angesichts fehlender Informationen über die Behandlungsqualität und angesichts einer weitgehenden Folgenlosigkeit von Qualitätsmängeln innerhalb des aktuell dominierenden Systems der Kollektivverträge in einer schwachen Wettbewerbsposition. Stattdessen sei ein System

der Selektivverträge zu etablieren. Starre Sektorgrenzen seien zugunsten eines offenen Anbieterwettbewerbs aufzuheben. Um als Folge der Anbieterrivalität das Risiko der Fehlversorgung zu vermeiden seien Strukturen der Patientenführung und *intersektoralen Vernetzung* zu etablieren und als Kriterium selektiven Kontrahierens zu verankern. Ferner seien die Patienten von Kassenseite mit den nötigen Informationen über die Behandlungsqualität und -kosten auszustatten. Innerhalb dieses wettbewerblich ausgerichteten Modells wird Kooperation mithin an mehreren Punkten angereizt und erweist sich funktionierende *Kooperation* wiederum als Mittel der Selektion zwischen Anbietern: Krankenkassen beliefern den Patienten mit Informationen und stärken so dessen Konsumentensouveränität gegenüber dem Anbieter. Der Anbieter bemüht sich im Vertragswettbewerb um mehr Transparenz und mehr Qualität in der Leistungserbringung. Dies geschieht durch die aktive Entwicklung patientenorientierter Behandlungswege zusammen mit anderen Anbietern, durch das Bemühen um innovative Behandlungsverfahren und durch den Ausbau von Strategien zur Stärkung der Therapietreue von Patienten.

Auf dem sog. Versicherungsmarkt (Cassel und Wasem 2014, S. 26, 32) konkurrieren Krankenkassen mit ihrem spezifischen Versorgungsmanagement und Kundenservice und vor allem mit konkurrenzfähigen Kassenbeiträgen um Versicherte. Das Kassenwahlrecht der Versicherten und insbesondere das Recht zum Kassenwechsel bei Erhöhung der Zusatzbeiträge müsste unter den Bedingungen eines Morbi-RSA an sich zu versichertengerechten Versorgungsangeboten und angemessenen Kassenbeiträgen führen. Tatsächlich kommen solche Ergebnisse nach Meinung der Autoren wegen der dominanten kollektiv-vertraglichen Einbindung der Anbieter aber nur ausnahmsweise zustande; die Annahme allerdings, dass das Instrument der Zusatzbeiträge aufgrund der guten Wirtschaftslage der Kassen nicht genutzt werde, ist mittlerweile überholt. Hier haben sich seit 2015 nach Absenkung des allgemeinen Beitragssatzes und des dadurch hervorgerufenen Zwangs zur dauerhaften Erhebung kassenindividueller Zusatzbeiträge gravierende Änderungen ergeben. Nach wie vor richtig ist jedoch die Einschätzung, dass die selektivvertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten der Kassen unterentwickelt sind und, soweit vorhanden, nur wenig genutzt werden, weil die Gesunden der Versicherungsgemeinschaft dies kaum honorieren und zudem erhebliche Investitionen hierfür erforderlich sind. Eine Investition in langfristig angelegte Prävention und nachhaltige Behandlungsstrategien, so ließe sich ergänzen, ist seit Einführung des Morbi-RSA überdies für die Kassen kaum noch attraktiv. Nicht ausgeschlossen aber ist, dass der *Kooperationsgedanke* und seine Derivate in Gestalt einer patientenorientierten und vernetzten Versorgung zumindest unter anderen Rahmenbedingungen (hierzu Schreyögg 2014, S. 162 ff.; Heinrich Böll-Stiftung 2013, S. 43 ff.; zu neuen Formen des Ergebniswettbewerbs zwischen KVen vgl. Hildebrandt 2015) im Wettbewerb

der Kassen im Sinne eines Kundengewinnungs- und Kundenbindungsinstruments mit „Markenwert“ positiv genutzt werden kann.

Auf dem sog. Leistungsmarkt (Cassel und Wasem 2014, S. 27, 31) konkurrieren die Kassen als Nachfrager und die Leistungsanbieter als Anbieter um den Abschluss von Versorgungsverträgen. Die Kassen sind an bedarfsgerechten Versorgungsangeboten zu angemessenen Preisen interessiert, um für die Versicherten attraktiv zu sein. Und die Anbieter sind an Patienten und möglichst hohen Preisen für ihre Leistungen interessiert. Positive Wettbewerbseffekte im Sinne einer ebenso bedarfsgerechten wie innovativen Gesundheitsversorgung bleiben jedoch aus, weil das System kollektiver Leistungsvereinbarungen mit Kontrahierungszwang, einheitlichen Preisen und einem kartellähnlichen Zusammenwirken der mitwirkenden Verbände einen Anbieterwettbewerb weitestgehend außer Kraft setzt. Solange selektivvertragliche Lösungen im Gesetz nur als Ausnahme vorgesehen sind und die Bildung von Verbändekartellen mit einem entsprechenden Vergütungsmonopol fördern, kann ein Wettbewerb um individuelle Leistungsverträge zugunsten eines funktionierenden Qualitäts- und Preiswettbewerbs nicht stattfinden. Eben deshalb muss auch der Wettbewerb auf dem Versicherungsmarkt leerlaufen, wenn es an entsprechenden selektivvertraglichen Möglichkeiten fehlt. Und fehlt es an einer wettbewerblich erzeugten Versorgungsvielfalt erlahmt auch der Wettbewerb um Patienten auf dem Behandlungsmarkt. Es besteht daher Grund zu der Annahme, dass die *Potentiale einer kooperativen Versorgung* im derzeitigen System nicht annähernd genutzt werden. Kooperative Versorgungsstrukturen setzen wettbewerbliche Rahmenbedingungen voraus, die sämtlichen Playern die Aussicht bieten, dass es sich lohnt, auf dieses Pferd zu setzen.

Kooperation in wettbewerblichen Mikrostrukturen – „Coopetition“

Die Frage, ob Markt und Planung, Netzwerk und Hierarchie, Wettbewerb und Kooperation intra- und interorganisatorisch nebeneinander Bestand haben können, ob und inwiefern sie sich paralysieren oder wirksam ergänzen, ob sie synchron oder diachron funktionieren können, ist eingebettet in ein übergreifendes und wachsendes Interesse der Managementwissenschaften an sog. hybriden Organisationsformen. Organisatorische *Hybride* bestehen aus Mischungen aus zwei (oder mehr) gegensätzlichen Komponenten, die in den letzten Jahren und häufig unter dem Einfluss neuer Informationstechnologien (Enterprise 2.0, Open Source, Peer Production, Wikinomics, New Industrial Revolution oder Industrie 4.0) durch organisatorische Neuschöpfungen wie Supply Chains, strategische Allianzen, Joint Ventures, Projektgemeinschaften, Open Communities, Unternehmensnetzwerke, virtuelle Teams, Mergers & Acquisitions oder Wertschöpfungsk Kooperationen verstärkt ins Blickfeld des strategischen Managements geraten sind. Hybride Organisationen sind

mithin alles andere als akademische Theorie, vielmehr oft genug „gelebte“, gleichwohl weithin unreflektierte Praxis ohne Orientierungsrahmen (Reiss 2013, S. 13 ff.).

Im Bereich der medizinischen Versorgung finden wir eine solche Kopplung von Markt, Hierarchie und Kooperation bereits in den Grundaktivitäten vor: Joint Ventures, vertragsbasierte strategische Allianzen, Rahmenverträge für ein In- und Outsourcing und netzinterne Wettbewerbsstrukturen sind Kernelemente von Managed Care-Modellen, wie wir sie in Deutschland mittlerweile auch auf gesetzlicher Ebene vorfinden (z. B. § 140 a SGB V; hierzu Schreyögg et al. 2013, S. 106 ff.). Integrierte Versorgungssysteme dieser Art basieren auf Planung und Programmen (etwa Behandlungspfaden, evidenzbasierten Leitlinien, Finanzierungs- und Führungsformen, gesetzlichen Rahmenbedingungen, Vorgaben für die Auswahl der Netzpartner) ebenso wie auf marktförmig zustande gekommenen Transferpreisen für interne Leistungen oder den externen Zukauf von Leistungen. Gewissermaßen als Mittler zwischen diesen gegensätzlichen Komponenten gibt es im Innen- und Außenverhältnis der Organisation relativ stabile Kooperationsbeziehungen, die sowohl aktiviert als auch aktivierbar sein können und dem Gesamtgebilde deshalb den Charakter einer Netzwerkstruktur mit entsprechend dezentralen Komponenten verleihen, bei der die organisationalen Entscheidungsrechte und Eigentumsrechte über die beteiligten Netzwerkpartner verteilt sind. Beispiele sind: die wettbewerbliche Auswahl externer Anbieter als Partner für interne Kooperationen – der interne Wettbewerb beteiligter Netzpartner um Patienten – die nach Leistung gewichtete Verteilung von Auftragsvolumina auf zwei innerhalb des Netzwerkes kooperierende Anbieter – die Kooperation der gleichen Anbieter innerhalb des einen Funktionsbereichs und ihre Konkurrenz innerhalb eines anderen – die gemeinsame Schulung von Netzwerkkonkurrenten – die Bildung indikationsspezifischer Organisationseinheiten als Netzwerke innerhalb ansonsten hierarchisch strukturierter Großorganisationen – die gemeinsame Tätigkeit von Arzt und „Komplementor“ oder die Zusammenarbeit von „Aufbereiter“ und Einzelprodukthersteller im Bereich der Medizinprodukte (z. B. von Eiff 2002, S. 44 ff.).

Diese Formenvielfalt wird man nicht allein auf moderne Managementstrategien zurückführen können. Es spricht vielmehr einiges dafür, dass man hier Symptome eines weitreichenden gesellschaftlichen Wandels von der streng funktional sortierten „modernen“ zu einer in dieser Hinsicht offeneren „Netzwerkgesellschaft“ (Castells 2004) zu sehen bekommt, in welcher die Erfüllung gesellschaftlicher Funktionen wie etwa der Bewältigung von Knappheit oder des Umgangs mit Krankheiten nicht mehr auf die klassische Alternative Markt/Hierarchie oder Kooperation/Wettbewerb beschränkt ist, sondern in der letztlich das Netzwerk im systematischen Offenhalten seiner Möglichkeiten darüber entscheidet, mittels welcher Technologien,

Organisationsstrukturen oder Personalkompetenzen gesellschaftliche Funktionen erfüllt werden (Baecker 2006, S. 128).

Dieses System in Balance zu halten ist die eigentliche Aufgabe des Managements. Zurecht wird in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, dass vertraglich geregelte Netzwerkbeziehungen als Sicherheitsanker einer bedarfsgerechten Versorgung zwar unverzichtbar sind, aber gleichzeitig auch sinnvolle Wettbewerbs- und Selbstregulationsstrukturen außer Kraft setzen können, wenn einzelne Anbieter im Wettbewerb auf Kosten einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung kategorisch ausgeschlossen werden und im Zuge eines zu eng gefassten Kooperationsverständnisses ggf. auch ausgeschlossen bleiben (Lüdecke 2015, S. 151 ff.). Ob allerdings herkömmliche Professionsideale an die Stelle hierarchischer Steuerung treten können (ebenda) darf bezweifelt werden. Medizinische Großorganisationen, die sich heute in informationstechnologisch gestützten Netzwerken unterschiedlicher Leistungsanbieter und Leistungsträger und zudem innerhalb unterschiedlicher Behandlungsphasen und Leistungssektoren behaupten müssen, können nicht mehr allein im professionellen Selbstverständnis vor allem von Ärzten verwaltet werden. Welche Kulturformen indes nötig sind und ob sie immer und überall nötig sind, ob sie durch Steuerung, Information, Wettbewerb oder durch das Zusammenspiel sämtlicher Elemente im Netzwerk kompensiert (Baecker 1999, S. 192, 361) oder auch ob sie hierdurch zerstört werden ist eine weithin offene Frage, weil es „für das Netzwerkdesign keine Rezepte gibt, sondern nur der Sinn für die Dynamik von Netzwerken geschärft werden kann...“ (Baecker 1999, S. 367).

2.8 Patientenorientierung

Ernst Forsthoff hatte den Begriff der Daseinsvorsorge vor allem erfunden im Interesse der Mitwirkung der Menschen an ihren ureigenen Angelegenheiten. Ihnen sollte mit dem Instrument der Daseinsvorsorge eine Art Biotop zuwachsen, das Schutz gewährt gegenüber den Zumutungen des technisch-industriellen Zeitalters. Eine ähnliche Stoßrichtung scheint heute dem Begriff der Patientenorientierung zuzukommen. Auch dieser verdankt sich ganz wesentlich, um mit Forsthoff zu reden, einem in der Bevölkerung weit verbreiteten Entfremdungsgefühl in Anbetracht der Zumutungen eines „entmenschlichten“ Medizinbetriebes.

„Patientenorientierung“ ist ein verhältnismäßig neuer Leitbegriff der Medizin. Man fragt sich sofort, wie es hierzu angesichts der an sich selbstverständlichen Aufgabe der Medizin, sich am Wohl des Patienten zu orientieren, überhaupt kommen konnte. Es liegt auf der Hand, dass hier Reaktionen im Spiel sind auf ein stark

ökonomisiertes, bürokratisiertes und fragmentiertes Gesundheitswesen, dem mit einer Revitalisierung der Patientenperspektive in allerdings recht unterschiedlichen Bereichen und mit ebenso unterschiedlichen Maßnahmen gegengesteuert werden soll. Entsprechende Ansätze sind (anstatt vieler Dierks et al. 2006; Amelung et al. 2015; Zill et al. 2015):

- die maximale Entfaltung gesellschaftspolitisch und ökonomisch relevanter Gesundheitsförderungs- und Präventionspotenziale bezogen auf die „Lebensumstände“ der Menschen
- der co-produktive Beitrag des Patienten zur Steigerung der Behandlungseffizienz insbesondere bei chronischer Erkrankung (im Sinne von Compliance/Adhärenz/Co-Produktion/Eigenverantwortung)
- die Messung des Behandlungsnutzens unter Einbeziehung der Patientenbeurteilung („patientenrelevante Endpunkte“)
- der teils demokratisch-freiheitlich, teils funktional gelagerte Aspekt einer Mitsprache des Patienten an medizinischen Entscheidungen auf Mikro-, Meso- und Makroebene (shared decision making/Partizipation/Partnerschafts- und Konsensmodell/Interessenvertretung)
- Erfordernisse der Aufklärung und Beteiligung des Patienten hinsichtlich schwer kalkulierbarer Behandlungsrisiken.

Letzterer Aspekt hat in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Bei wachsenden diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten und angesichts der hiermit zum Teil verbundenen Risiken und Nebenwirkungen für die Gesundheit und Lebensqualität des Patienten wird es für den behandelnden Arzt in einem paternalistischen Modell zunehmend schwieriger, stellvertretend für den Patienten zu entscheiden, was für diesen das Richtige ist. Allerdings sind die Rahmenbedingungen für ein dialogisches Modell in der therapeutischen Praxis nicht sonderlich günstig. Das eingeschränkte Zeitbudget des Arztes und die Orientierung des behandelnden Personals an den Verhaltensnormen und Kommunikationsstilen der Mittelschicht nähren ganz allgemein und auch im Blick auf den Kontakt mit dem „Unterschichtpatienten“ Zweifel an der praktischen Wirksamkeit entsprechender Partizipationskonzepte (Horn et al. 1984, S. 142 f.).

Ob den bekannten Defiziten „sozialraumorientiert“ allerdings mit Patientencoaching, Selbsthilfegruppen, Case Management, Zielvereinbarungen und vor allem mit „sprechender Medizin“ entgegengewirkt werden kann (Horn et al. 1984, S. 151 f.; Erbe et al. 2009; Weatherly 2013, S. 122 ff.) ist nicht nur unter den gegebenen Versorgungsbedingungen, sondern auch unter Berücksichtigung unübersehbarer Eigengesetzlichkeiten des Medizinsektors (anstatt vieler vgl. Fuchs 2006) eine in

mancherlei Hinsicht offene Frage. Zweifelsohne aber sind die Verwirklichungschancen in einem integrierten Versorgungssystem, das mit Patientenvereinbarungen, Patientenbeiräten und stark individualisierten Behandlungspfaden von vornherein für entsprechende Vorkehrungen in den Versorgungsabläufen gesorgt hat, ungleich höher als im klassischen System weitgehend unkoordinierter Einzelleistungsangebote (Siegel et al. 2009, S. 228; Zeichardt und Voss 2009, S. 243).

2.9 Zum Wandel der Versorgungsstrukturen

Ernst Forsthoff ist – wie wir alle – ein Kind seiner Zeit. Was kann in die heutige Zeit hinüber gerettet werden? Wie könnte ein gesellschaftstheoretischer Rahmen aussehen, der das Konzept der Daseinsvorsorge unter heutigen Bedingungen angemessen reflektiert und weiterentwickelt?

Die Eigendynamik des „Systems“ und die zeitlose Wahrheit der Daseinsvorsorge

Der Schmerz hat seine treibende Bedeutung für die Inanspruchnahme medizinischer Hilfe nicht verloren. Aber Neues ist hinzugekommen. Im heutigen System agiert man vielfach nur noch auf der Basis bloßer Ahnungen bzw. statistisch-epidemiologischer, gar genetischer Wahrscheinlichkeiten. Der Wandel gesellschaftlicher Morbiditätsstrukturen, dieser eingebettet in wohlfahrtsstaatliche Bestrebungen vermehrter gesellschaftlicher Teilhabe gesundheitlich beeinträchtigter Personen und ein auf den gesellschaftlichen Funktionssystemen namentlich der Wirtschaft lastender Problemdruck im Umgang mit ihrer physischen und mentalen Systemumwelt („verlängerte Lebensarbeitszeit“, „Burnout“, „Fehlzeiten“) macht im epidemiologisch aufgeklärten Blick der Medizin aus der jederzeitigen Gesundheitsgefahr ein mit der allgemeinen Lebensführung verbundenes Risiko (Luhmann 1991, S. 53).

Man ist geneigt, hier der Anschauung halber von „schmerzfreier“ Gesundheitskommunikation zu sprechen, in welcher der ursprüngliche Zusammenhang zwischen erlebter Krankheit und medizinischer Behandlung mehr und mehr verloren gegangen ist. Die Erkrankung hat sich gegenüber ihrem menschlichen Träger, der nur noch als „Behandlungsfall“ vorkommt, stark verselbstständigt und ist auf der Basis teilweise hochtechnisierter Verfahrensweisen als Gesundheitsrisiko gedanklich in eine ungewisse Zukunft verlagert worden. Spiegelt sich hier eine zeitlose Wahrheit der Forsthoffschen Entfremdungshypothese?

Nahezu jedwedes körperliche, psychische und soziale Phänomen kann heute, wenn nicht als Erkrankung, so aber als Erkrankungsrisiko und damit als behand-

lungsbedürftig *kommuniziert* werden, in gewisser Weise sogar die medizinische Behandlung selbst, die ja nicht immer risikofrei ist. „Dieses System proliferiert schließlich so massiv, dass es von seinen Anfängen bis heute nicht nur Krankheiten an Körpern identifiziert, sondern mehr und mehr Krankheiten ‚erfindet‘, auf die es dann reagieren kann, im Sinne eben einer (fatalen) Proliferation, die für alle Funktionssysteme typisch zu sein scheint“ (Fuchs 2006).

Die Referenz auf Krankheit und auf das Sterben ist zweifellos nicht neu. Sie hat bereits in früheren Gesellschaftsformationen als Gegenstand einer teils divinatorschen, teils erfahrungsgesättigten Praxis deutliche Spuren hinterlassen, war aber anders als heute zumeist verstreut und ohne Zusammenschluss der Strukturen und Prozesse der stark zufalls- und milieubehafteten Interaktion zwischen Heiler und Patient überlassen. Heute aber treten vor allem Organisationsfragen neben die hergebrachten Praktiken der ärztlichen Behandlungskunst. Behandlungsabläufe werden neu justiert. Die evidenzbasierte „Programmierung“ des Medizinbetriebes ist in vollem Gange. Und fast als Gegenbewegung zur laborgetesteten (Kosten-) Wirksamkeit von Therapien wird im Leitbild der Patientenorientierung aktuell auch das „Subjekt“ revitalisiert: kann durch all dies ein Zuwachs an Lebensqualität in Aussicht gestellt werden? Wie steht es mit der Therapietreue des Patienten? Wie weit können wir der subjektiven Dimension von Krankheitsverarbeitung innerhalb vorgegebener Behandlungsabläufe Raum geben? Wenn es stimmt, dass der gesundheitliche Nutzen rein medizinischer Maßnahmen mit höherem Wohlstandsniveau kontinuierlich abnimmt und präventive Maßnahmen für den Gesundheitszustand an Bedeutung gewinnen, so geht es im Übrigen nicht nur um die Behandlung einzelner Leiden, sondern auch um die sozialen Kontextbedingungen von Gesundheit und mit diesen um Fragen sozialer Gerechtigkeit in Ansehung ungleich verteilter Chancen der Gesunderhaltung.

Bei genauer Betrachtung ist auch beim letztgenannten Aspekt eine „Wahrheit“ zu verspüren: es sind die Bedürfnisse insbesondere der einkommensschwachen Bevölkerungsschichten, die sich ihre Gesundheitsleistungen im Falle eines Falles auf einem Markt nicht werden beschaffen können und die deshalb mindestens einer „staatlichen Umverteilungsmaschine“, wenn nicht eines daseinsvorsorgenden kommunalen „Gemeinwesens“ bedürfen, um mit dem Nötigen versorgt zu werden, die Forsthoff (auch) im Auge gehabt haben könnte, wenn er sein Konzept scheinbar mühelos mit sittlichen Freiheitspostulaten in Verbindung bringt (ähnlich auch die Beobachtung von Weber 1980, S. 508).

Dabei wird – nunmehr systemtheoretisch gesprochen – das Gesundheitssystem als „soziales“ System dort zur Geltung gebracht, wo die Gesellschaft ihr Verhältnis zu Körper und Psyche im Blick auf Gesundheitsrisiken und die Bedingungen anderer

Funktionssysteme (namentlich der Ökonomie und ihrer Verteilungswirkungen) „kommunikativ“ bestimmen muss.

„Krankheit“ zählt insofern nicht mehr nur als Körperstörung. Wenn sich in der Gesellschaft eine Funktion ausbildet, so reagiert diese damit auf ein Problem. Die Form funktionaler Differenzierung kann sich nur unter bestimmten biopsychischen Grundbedingungen reproduzieren. Die Funktionen des Wirtschaftens, Erziehens, der Machtausübung (usw.) setzen annähernd stabile Verhältnisse in der körperlichen und psychischen Systemumwelt der Gesellschaft voraus. Sie benötigen die gesellschaftliche „Person“ als Ankerpunkt. Anders gesagt: Die funktional differenzierte Gesellschaft ist auf die „Multiadressierbarkeit“ der Person und damit ihren Gesundheitszustand existentiell angewiesen (Fuchs 2006, S. 25 f.; Baecker, 2007, S. 55). Hierauf kann die Gesellschaft nur mit den ihr eigenen Mitteln reagieren – mit Kommunikation, mit einer Vergesellschaftung von Körper und Psyche. Soll diese Kommunikation mit ihrer besonderen Typik im binären Schema von „krank/gesund“ (Luhmann 1997, S. 359 ff.) auf Dauer gestellt sein, so erfordert dies ein gewisses Maß an Unabhängigkeit vom Leidensdruck des Körpers und der Psyche als kommunikativ unerreichbaren gesellschaftsexternen Phänomenen. An deren Stelle tritt eine zunehmend artifizielle, sich von den lebensweltlichen Gewissheiten der Patienten immer weiter entfernende Behandlungsmaschine, die den Blick gewissermaßen vom gesellschaftsexternen Körper auf das gesellschaftsinterne Gesundheitsrisiko verlagert.

Die Dominanz der Organisation

Das gesellschaftliche Gesundheitsrisiko und das Entstehen differenzierter Organisationsformen gehen Hand in Hand. Das Gesundheitssystem von heute reproduziert sich unter Bedingungen eines zunehmend artifiziellen und geradezu illusionären (der Gesundheitsbegriff der WHO!) Umgangs mit Krankheit nach Maßgabe dokumentierter Zustandsänderungen und -stabilisierungen am Körper des Patienten (Fuchs 2006, S. 29; Baecker 2008, S. 50 f.). Hierfür braucht es Behandlungswege und -programme, Fachpersonal und Krankenakten, mithin Organisation: diese „kümmert sich ... um das laufende Generieren jener Zustandsveränderungen der beteiligten Körper, angesichts derer die Krankheitsdiagnosen plausibel gehalten und die in die asymmetrische Interaktion (zwischen Arzt und Patient, EWL.) investierten Vertrauensvorschüsse bestätigt werden können“ (Baecker 2008, S. 50). Die Verselbstständigung des Gesundheitssystems gegenüber dem Körper und das Entstehen einer funktional eingeschränkten Kommunikationstypik wird also gewissermaßen mit einem Mehr an Organisation erkaufte. Erst sie gibt einer weit ausgreifenden modernen Medizin ihren Halt, die unter diesen Bedingungen an ihrem selbsterzeugten Nichtwissen im Umgang mit außerhalb ihrer Reichweite

liegenden Risikophänomenen nicht nur nicht scheitert, sondern dieses Nichtwissen zum Anlass einer weiteren Ausdifferenzierung, ja Professionalisierung machen kann (Baecker 2008, S. 52).

Seit Ausweitung des medizinischen Aktionsradius auf „Verschlimmerungsverhinderung“ gerät nicht nur der bisherige, sondern auch der zukünftige Krankheitsverlauf in den Blick des Mediziners. Es ist nunmehr der „fitte“ Körper, der im Hinblick auf seine Fähigkeit beurteilt wird, an allen gesellschaftlichen Angelegenheiten teilzunehmen – jetzt und in absehbarer Zukunft. Psychische, somatische, genetische und biografische Krankheitsrisiken korrelieren mit einer Ausdifferenzierung der klassischen Krankenhausorganisation in diesen Krankheitsbildern entsprechende Einrichtungen. Entstanden sind Beratungs-, Präventions-, Selbsthilfe- und Behandlungssettings, die einem solchen Zuwachs an Komplexität gewachsen sind: von der vollintegrierten Betreuung Multimorbider bis hin zum locker gekoppelten Gesundheitsnetzwerk mit Schulen, Familien und Freizeiteinrichtungen gibt es nichts, was nicht zu einem Thema des Gesundheitswesens gemacht werden könnte. Die ganzheitliche Medikalisierung des Menschen innerhalb komplexer multizentrischer, sektor-, arzt- und berufsgruppenübergreifender Steuerungsprozesse überlagert die überkommenen „Regeln der ärztlichen Kunst“ sowie die von diesen Regeln lange Zeit getragene Krankenhaushierarchie. War das nahezu blinde Vertrauen in die Treffsicherheit der ärztlichen Fallinterpretation in der Interaktion mit dem Patienten einst der entscheidende Faktor beim Umgang mit ungesicherten Heilungschancen, so sieht sich in der Risikogesellschaft jetzt das gesamte Behandlungnetzwerk in vertrauensbildende Managementstrategien einbezogen – vom ärztlichen Einweiser hin zur Fachabteilung und darüber hinaus (Keßel 2014, S. 263).

Personale Faktoren, die bleiben

Dies sollte jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass das individuelle Krankheitsbild und die darauf bezogene ärztliche Lebensführungsberatung so etwas wie eine natürliche Grenze für Organisationsmaßnahmen darstellen. Ein Übermaß an Organisation und Kontrolle unter Verengung situativ offener Interaktionsräume gefährdet den Behandlungsprozess. Wenn man den Beobachtungen der Feldforschung Glauben schenken darf, so wird man die Kontext und Einzelfall synthetisierenden, von unterschiedlichen Grundorientierungen geprägten (Glouberman und Mintzberg 2001) informellen Vermeidungs- und Anpassungsstrategien des Behandlungspersonals zwar als Ausgleichsmechanismen für „Organisationsversagen“ in Rechnung stellen dürfen (Vogd 2005, S. 242 f.). Die Frage ist aber, wann auch hiermit nicht mehr gerechnet werden kann. Auch wenn sich für den Organisationsplaner vor diesem Hintergrund die richtige Verhältnisbestimmung von Aufsicht und Autonomie als Daueraufgabe abzuzeichnen scheint, so bleibt

ein tragischer Rest, der darin besteht, dass die Organisation letztlich immer nur im Rahmen ihrer Möglichkeiten – mithin als „Organisation“, mithin in einem Netzwerk zurechenbarer Entscheidungen – handeln kann.

Die Entwicklungsrichtung

Die beschriebene Entwicklung aber bietet noch keine zureichende Erklärung für die enorme Dynamik, die der Entwicklung zu mehr und zu diversifizierter Organisation zugrunde liegt. Entstand das Armenkrankenhaus mit der sich ausbreitenden Schrift- und Hochkultur als *institutionalisierte Organisation*, das Akutkrankenhaus mit der Buchdruck- und modernen Kultur als *standardisierte Organisation*, so entsteht das heutige Gesundheitszentrum und seine Netzwerke als *globalisierte Organisation* im Medium der Computerkultur (Baecker 2007, S. 14 ff.). Die Globalisierung der Organisation bedeutet, dass der Vergleichshorizont des eigenen Therapieangebots wie die zunehmend informierte Suche des Patienten nach Alternativen der Horizont der Weltgesellschaft insgesamt ist (Baecker 2008, S. 54). Und die computergesteuerte Netzwerkgesellschaft bedeutet, dass nicht einfach nur mit einem Verlust an kausaler Kontrolle enormer Mengen an Information gerechnet werden muss, sondern dass alle Organisationen unter Ansprüchen der höchsten Zuverlässigkeit stehen, wenn sie Netzwerkpartner finden und bleiben wollen. In diesem Entwurf einer hochtechnisierten Zukunft, die längst begonnen hat, wird – ungewöhnlich zumindest für Systemtheorie – dem „Menschen“ eine erstaunliche Karriere vorhergesagt (Baecker 2007, S. 49 ff.): Die „Geistesgegenwart“ der Individuen sei im Grunde die einzige Ressource im Umgang mit den Unwägbarkeiten der Netzwerk-Kommunikation, die es mit dem elektronischen Datenfluss zwar nicht in puncto Schnelligkeit aufnehmen, die diesem jedoch ein hinreichendes Verständnis von der Unmöglichkeit seiner kausalen Kontrolle entgegensetzen könne. Kein noch so perfektes Controlling könne mithin die Ausführung jener Abläufe herstellen oder überwachen, die für ein zuverlässiges Arbeiten unter Bedingungen hoher Unsicherheit unerlässlich sind. Hier hilft nur der „Rechner Mensch“ als hinreichend komplexe Einheit, die wahrnehmungsfähig und kommunikationsfähig ist, die trainiert und ausgebildet werden kann und die bei all dem zusätzlich in der Lage ist, ihre eigenen Bedingungen zu beobachten, zu reflektieren und zu beschreiben (zur Bedeutung der Ein-Personen-Perspektive für kognitive Leistungen vgl. Metzinger 2013-1 und 2013-2, S. 191, 426).

Das offene Spiel organisatorischer Versorgungsoptionen

In einer solchen Ordnung, die durch die Ereignishaftigkeit aller Prozesse gekennzeichnet ist, und die jedes einzelne Ereignis als einen nächsten Schritt in einem

prinzipiell unsicheren Gelände definiert, sind das betriebswirtschaftliche Kalkül und die hierarchische Struktur – wie weitgehend noch in der formalisierten Krankenhausorganisation der Buchdruckkultur – längst nicht mehr die einzigen Determinanten einer erfolgreich agierenden Gesundheitsorganisation. Vielleicht sind sie zunehmend sogar Gründe für Erfolglosigkeit. Integrierte Systeme sind anstatt eines festgefügteten Zusammenhangs mehr denn je als projektförmig zu begreifen, weil unter den neuen Bedingungen Anschlussfähigkeit nach außen und innen gewährleistet sein muss: in den Vordergrund rückt jetzt die sog. Organisationskultur, die eine Behandlungseinrichtung bei nachlassender Hierarchisierung der Arbeitsbeziehungen zusammenhält und nicht zuletzt der Patient mit seinen gehobenen Ansprüchen an die Qualität und das Prestige der Einrichtung (Keßel 2014). Wenn „das individuell beste Behandlungsdesign aus dem Gesamtangebot des Versorgungsnetzes“ (Zeichardt und Voss 2009, S. 243) die Ideal und Zielmarke sein soll, so führt dies zu ganz neuen Herausforderungen des Umgangs mit Unsicherheit für das Gesundheitsmanagement.

Situative Behandlungsarrangements innerhalb komplex verknüpfter Möglichkeitsräume sind zunächst einmal nichts anderes als ein Nährboden für latente Unruhe und Überraschungen. Nie kann der Anbieter bei horizontaler Konkurrenz wirklich wissen, ob seine Angebote wieder nachgefragt werden. Wenn unklar ist, ob, wie lange, mit wem und unter welchen Bedingungen die eigene Netzwerkbeteiligung fortgeführt wird, wird man auf organisatorische Gestaltungen angewiesen sein, die die Leistungsanbieter dazu befähigen, sowohl innerhalb kompetitiver als auch komplementärer Beziehungen zueinander bestehen zu können (Baecker 2007, S. 56). Das vor allem für multimorbide Patienten entwickelte „komplexe Fallmanagement“ könnte einer der Orte sein, wo Kompetenzen wie diese verstärkt zum Tragen kommen. Und vielleicht lassen sich in ihren Assessments unter veränderten Vorzeichen auch Situationserfordernisse der klassischen Arzt-Patient-Beziehung wieder stärker zur Geltung bringen (s. o.). Dass im Übrigen Pauschalfinanzierungen wie DRGs und Kopfpauschalen zwar ein ökonomisches Kalkül in die Behandlungsorganisation einbringen, dieses Kalkül jedoch auch dazu beitragen kann, dass sich unterschiedliche Akteure auf einem Markt netzwerkartig zusammenfinden (Schubert und Vogd 2007, S. 41 f.), bestätigt die Tendenz, dass es längst nicht mehr nur um die richtigen Techniken der ärztlichen Behandlung, sondern viel weitgreifender auch um Strategiefragen bei der Wahl der richtigen Systemebene geht, also um die Frage, ob der Prozess der Konstruktion gesundheitlicher Wirklichkeiten stärker mittels „Interaktion“ oder mittels „Organisation“ moderiert werden soll.

Damit aber muss noch nicht Schluss sein. Auch zum Zuschnitt der modernen Gesellschaft kann bei klarer Trennung der Systemebenen Stellung bezogen werden, wenn wir bspw. danach fragen, welche Konsequenzen es haben kann, eine Sache

überhaupt zu einem Problem des Gesundheitssystems zu machen, insofern sich abzeichnet, hierdurch das Medizinsystem, andere Teilsysteme der Gesellschaft oder gar die Differenzierungsform der Gesellschaft insgesamt unbeherrschbaren Risiken auszusetzen (etwa durch die palliativmedizinische Einbeziehung des Sterbens bzw. der Sterbehilfe in den ärztlichen Behandlungskanon, im Falle einer Überstrapazierung der Wirtschaft als Folge arbeitsmedizinischer Eingriffe in die Produktion oder schließlich im Sinne eines gegenüber der Gesellschaft im Zuge von Religion oder Ökologie gehegten Generalverdachts, die Ausrottung alles Lebendigen voranzutreiben). Nicht zuletzt wird man bei derart weit geöffneter Perspektive auch die Frage nach den Konsequenzen jenes unaufhaltsamen Vordringens der Organisationsebene in medizinische Behandlungsvorgänge für das Fortbestehen des Gesundheitssystems in seiner bisherigen funktionalen Verfasstheit stellen müssen. Werden die alten Muster jener Engführung der Behandlungsprogramme auf das individuelle Krankheitsgeschehen wenn nicht heute schon, so doch in absehbarer Zukunft durch den Zwang zur Teilnahme an unter wechselnden medizinischen, politischen und ökonomischen Bezügen agierenden multifunktionalen Behandlungsnetzwerken überlagert? Und sind dies die evolutiven Vorboten neuer sozialer Formen in Gestalt einer an innerer Dynamik bislang unübertroffenen Netzwerkgesellschaft (Castells 2004), in welcher der Umgang mit Krankheiten nicht mehr auf die klassische Alternativen Markt/Hierarchie oder Kooperation/Wettbewerb festgelegt ist, sondern in der letztlich das Netzwerk darüber entscheidet, mittels welcher Technologien, Organisationsformen und Personalkompetenzen gesellschaftliche Funktionen erfüllt werden (Baecker 2006, S. 128)?

2.10 Schluss

Dies war der Versuch, den Begriff der Daseinsvorsorge mit gegenwärtigen Theorieentwicklungen zu konfrontieren und weiterzuentwickeln. Der Begriff der Daseinsvorsorge ist einerseits zu etabliert und andererseits mit neuen Ideen gleichzeitig zu unterversorgt, um ihn weiterhin in den Nischen des Rechts- und Politikalltags vor sich hindämmern zu lassen. Eine Renaissance der Daseinsvorsorge wäre durchaus im Trend. Auch auf europäischer und nationaler Ebene hat man innerhalb der jüngsten Vergaberechtsreform mit einem vereinfachten und flexibleren Vergabeverfahren dem besonderen personalen Charakter sozialer Dienstleistungen, wie wir ihn als ideellen Nährboden von Daseinsvorsorge kennen gelernt haben, die seit langem geforderte Anerkennung verschafft (Luthe 2016). Auch hier gilt, dass diesem Versorgungssegment kaum grenzüberschreitende Bedeutung zugesprochen

wird (und es genau deshalb von den strengen Wettbewerbsvorschriften des GWB ausgenommen wurde), es mithin wie die Daseinsvorsorge stark dezentral angelegt ist und maßgeblich von lokalen Eigenarten des Zusammenlebens mit ihren je verschiedenen Auswirkungen auf die Grundversorgung der Bevölkerung geprägt wird (Erwägungsgründe 114 ff. der Richtlinie 2014/24/EU; BT-Drs. 18/6281, S. 2 und S. 114 ff.).

Im Rahmen dieses Beitrages, darauf ist abschließend nochmals deutlich hinzuweisen, ging es ausschließlich um personenbezogene Dienstleistungen und dies unter Schwerpunktbildung im Kontext der gesundheitlichen Versorgung. Inwiefern die gewonnenen Erkenntnisse auch auf stärker technisch orientierte Bereiche anwendbar sind (wie etwa die Energieversorgung, Straßenunterhaltung, Abfallentsorgung usw.) muss offen bleiben. Mindestens als Kontrastfolie für gegenständlich anders gelagerte Einzelbereichsanalysen aber dürften die Ausführungen verwertbar sein.

Literatur

- Ahlert, M., & Kliemt, H. (2013). Unverrechenbare Werte, verrechnende Prioritäten. In B. Schmitz-Luhn & A. Bohmeier (Hrsg.), *Priorisierung in der Medizin* (S. 79–86). Berlin: Springer.
- Amelung, V. E., Meyer-Lutterloh, K., Schmid, E., Seiler, R., & Weatherly, J. N. (Hrsg.) (2006). *Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren – von der Idee zur Umsetzung*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Amelung, V. E., Sydow, J., & Windeler, A. (2009). Vernetzung im Gesundheitswesen im Spannungsfeld von Wettbewerb und Kooperation. In dies. (Hrsg.), *Vernetzung im Gesundheitswesen* (S. 9–25). Stuttgart: Kohlhammer.
- Amelung, V. E., Eble, S., Hildebrandt, H., Knieps, F., Läger R., Ozegowski, S., Schlenker, R.-U., & Sjuts, R. (Hrsg.) (2015). *Patientenorientierung*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Baecker, D. (1999). *Organisation als System*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Baecker, D. (2006). *Wirtschaftssoziologie*. Bielefeld: transcript Verlag.
- Baecker, D. (2007). *Studien zur nächsten Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Baecker, D. (2008). Zur Krankenbehandlung ins Krankenhaus. In W. Vogt & I. Saake (Hrsg.), *Moderne Mythen der Medizin: Studien zur organisierten Krankenbehandlung* (S. 39–62). Wiesbaden: VS Verlag.
- Barth, C. (2011). Örtliche Teilhabeplanung für ältere Menschen mit und ohne Behinderung. In D. Lampke et al. (Hrsg.), *Örtliche Teilhabeplanung mit und für Menschen mit Behinderungen* (S. 257–268). Wiesbaden: VS Verlag.
- Berchtold, P. (2006). Nahtstellen zwischen ambulant und stationär. In *Schweizerische Ärztezeitung* 2006, 1018–1020.

- Brandhorst, A., Hildebrandt, H., & Luthe, E.-W. (Hrsg.) (2016). *Integration und Kooperation – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems*. Wiesbaden: Springer VS.
- Breyer, F., Zweifel, P., & Kifmann, M. (2013). *Gesundheitsökonomik*. 6. Aufl. Wiesbaden: Springer.
- Burgi, M. (Hrsg.) (2013). *Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung*. Baden-Baden: Nomos.
- Busse, R., Schreyögg, J., & Stargart, T. (2013). *Management im Gesundheitswesen*, 3. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Candidus, W.-A. (2009). Patientenorientierung für vernetzte Versorgungsstrukturen. In W. Hellmann & S. Eble (Hrsg.), *Gesundheitsnetzwerke managen* (S. 61–69). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Cassel, D., Jacobs, K., Vauth, C., & Zerth, J. (Hrsg.) (2014). *Solidarische Wettbewerbsordnung*. Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Cassel, D., & Wasem, J. (2014). Solidarität und Wettbewerb als Grundprinzipien eines sozialen Gesundheitswesens. In S. Cassel, K. Jacobs, C. Vauth & J. Zerth (Hrsg.), *Solidarische Wettbewerbsordnung* (S. 3–43). Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- Castells, M. (2004). *Der Aufstieg der Netzwerkgesellschaft*. Opladen: Leske und Budrich.
- Dierks, M.-L., Seidel, G., Horch, K., & Schwartz, F. W. (2006). Bürger- und Patientenorientierung im Gesundheitswesen. In Robert Koch Institut (Hrsg.), *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, Heft 32. Berlin: Robert Koch Institut.
- Eiff, W. v. (2002). Mergers & Acquisitions (I). In *Klinik Management Aktuell*, 7. Jg, Heft 5, 44–49.
- Erbe, B., Lauer C., & Lange S. (2009). Compliance Assistenten im Gesundheitswesen – Therapietreue von Patienten verbessern. In V. E. Amelung, J. Sydow & A. Windeler (Hrsg.), *Vernetzung im Gesundheitswesen* (S. 335–347). Stuttgart: Kohlhammer.
- EY, Ernest & Young (2015). *Kommunenstudie 2015: Status quo und Handlungsoptionen*. [http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/EY-Kommunenstudie-2015/\\$FILE/EY-Kommunenstudie-2015.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/EY-Kommunenstudie-2015/$FILE/EY-Kommunenstudie-2015.pdf). (abgerufen im Juni 2016).
- Forsthoef, E. (1938). *Die Verwaltung als Leistungsträger*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Forsthoef, E. (1958). *Die Daseinsvorsorge und die Kommunen*. Köln-Marienburg: Sigillum-Verlag.
- Fuchs, P. (2006). Das Gesundheitssystem ist niemals verschnupft. In J. Bauch (Hrsg.), *Systemtheoretische Betrachtungen des Gesundheitswesens*. Konstanz: Hartung-Gorre-Verlag.
- Gehlen, A. (1957). *Die Seele im technischen Zeitalter*. Reinbek: Rowohlt.
- Giddens, A. (1984). *Die Konstitution der Gesellschaft. Grundzüge einer Theorie der Strukturierung*. Frankfurt am Main: Campus.
- Glouberman, H., & Mintzberg, S. (2001). Managing the care of health and the cure of disease, Teil 1 und 2. In *Health Care Management Review*, Vol. 26, Nr. 1, 56–69, 70–84.
- Greiling, M., & Dudek, M. (2009). *Schnittstellenmanagement in der Integrierten Versorgung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Greß, S., & Stegmüller, K. (2011). *Gesundheitliche Versorgung in Stadt und Land – ein Zukunftskonzept. Expertise für die Friedrich-Ebert-Stiftung*. Wiesbaden. <http://library.fes.de/pdf-files/bueros/hessen/07866.pdf> (abgerufen im Juni 2016).
- Heidegger, M. (1962). *Die Technik und die Kehre*. Pfullingen: Neske.
- Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.) (2013). *Wie geht es uns morgen – Wege zu mehr Effizienz, Qualität und Humanität in einem solidarischen Gesundheitswesen*. In *Schriften zu Wirtschaft und Soziales*, Band 11. Berlin.

- Hermann, C., Hildebrandt, H., Richter-Reichhelm, M., Schwartz, F. W., & Witzenrath, W. (2006). Das Modell „Gesundes Kinzigtal“. In *Gesundheits- und Sozialpolitik*, Heft 5/6, 11–29.
- Hess, R. (2013). Staatliche und verbandliche Ebenen bei der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen. In E.-W. Luthe (Hrsg.), *Kommunale Gesundheitslandschaften* (S. 383–399). Wiesbaden: Springer VS.
- Hildebrandt, H., & Trojan, A. (2015). Gesundheitsförderung und integrierte Versorgung. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Internet: <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-und-integrierte-versorgung/>.
- Hildebrandt, H. (2015). Aufbruch in einer erweiterten Wettbewerbsordnung: Krankenkassen im Wettbewerb um Gesundheitsergebnisse. In *G+S* 2015, 41–49.
- Hoffer, H. (2013). Die Kommune im Kontext neuer Versorgungsansätze. In E.-W. Luthe (Hrsg.), *Kommunale Gesundheitslandschaften* (S. 399–414). Wiesbaden: Springer VS.
- Horn, K., Beier, C., Kraft-Krumm, D. (1984). *Gesundheitsverhalten und Krankheitsgewinn*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Keßel, S. C. (2014). *Loyalitätswettbewerb in der Patientenversorgung*. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Klapper, B. (2003). *Die Aufnahme im Krankenhaus: People Processing, Kooperation und Prozessgestaltung*. Bern: Huber.
- Lange, K. (2014). Öffentlicher Zweck, öffentliches Interesse und Daseinsvorsorge als Schlüsselbegriffe des kommunalen Wirtschaftsrechts. In *Neue Zeitschrift für Verwaltungsrecht*, 10, 616–621.
- Lüdecke, D. (2015). *Patientenorientierung im Kontext der vernetzten Versorgung*. Manuskriptfassung, Diss. Universität Bremen.
- Luhmann, N. (1981). *Politische Theorie im Wohlfahrtsstaat*. München, Wien: Olzog.
- Luhmann, N. (1991). *Soziologie des Risikos*. Berlin: de Gruyter.
- Luhmann, N. (1997). *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Luthe, E.-W. (1989). *Das Besondere Gewaltverhältnis – Selbstregulationsmodell des Öffentlichen Rechts*. Bern, New York: Lang.
- Luthe, E.-W. (2001). Wettbewerb, Vergabe und Rechtsanspruch im Sozialraum der Jugendhilfe. In *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins*, 81(8), 247–257.
- Luthe, E.-W. (2006). Warum Sozialtechnologie. In *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins*, 86(3), 1–5.
- Luthe, E.-W. (2009). *Kommunale Bildungslandschaften*. Berlin: ESV.
- Luthe, E.-W. (Hrsg.) (2013). *Kommunale Gesundheitslandschaften*. Wiesbaden: Springer VS.
- Luthe, E.-W. (2013-3). Modellebenen der integrierten Versorgung. In E.-W. Luthe (Hrsg.), *Kommunale Gesundheitslandschaften* (S. 37–54). Wiesbaden: Springer VS.
- Luthe, E.-W. (2013-1). Kommunale Gesundheitslandschaften – das Grundkonzept. In E.-W. Luthe (Hrsg.), *Kommunale Gesundheitslandschaften* (S. 3–35). Wiesbaden: Springer VS.
- Luthe, E.-W. (2013-2). Gesundheitliche Versorgung und kommunale Selbstverwaltungsgarantie. In E.-W. Luthe (Hrsg.), *Kommunale Gesundheitslandschaften* (S. 55–66). Wiesbaden: Springer VS.
- Luthe, E.-W. (2015-1). Kommunale Gesundheitslandschaften – Bausteine und Perspektiven. In J. Kuhn & M. Heyn (Hrsg.), *Gesundheitsförderung durch den öffentlichen Gesundheitsdienst* (S. 19–29). Bern: Hans Huber. Vgl. auch unter <http://www.info-sozial.de/data/Gesundheitsland.pdf> (abgerufen im Januar 2016).
- Luthe, E.-W. (2016). Kommentierung des § 130 GWB. In *Juris-Vergaberechtskommentar*. Saarbrücken: juris.

- Metzinger, T. (2013-1). Selbst, Selbstmodell und Subjekt. In A. Stephan & S. Walter, *Handbuch Kognitionswissenschaft* (S. 420–427). Stuttgart: Metzler.
- Metzinger, T. (2013-2). Verkörperlichung und situative Einbettung. In A. Stephan & S. Walter, *Handbuch Kognitionswissenschaft* (S. 184–192). Stuttgart: Metzler.
- Mühlbacher, A. (2007). *Integrierte Versorgung: Auf dem Weg zur virtuellen Organisation*. Berlin: Zentrum für innovative Gesundheitstechnologie.
- Mrozynski, P. (2011). *Sozialgesetzbuch IX – Kommentar, Teil 1. 2. Aufl.*, München: Beck.
- Murza, G., & Hurrelmann, K. (Hrsg.) (1996). *Regionale Gesundheitsberichterstattung*. Weinheim: Juventa.
- Nellissen, G. (2006). *Sozialraumorientierung im aktivierenden Sozialstaat – eine wettbewerbs-, sozial- und verfassungsrechtliche Analyse*. Baden-Baden: Nomos.
- Niedersächsischer Landtag (2014). *Weiterentwicklung der Gesundheitsregionen für eine wohnortnahe, leistungsfähige und sektorenübergreifende Gesundheitsversorgung in Niedersachsen*. 17. Wahlperiode, Drucksache 17/1639.
- Oswald, D. A., Henke, K.-D., & Hesse, S. (2013). Das Gesundheitssatellitenkonto: Der zweite Schritt – Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte der regionalen Gesundheitswirtschaft. In E.-W. Luthé (Hrsg.), *Kommunale Gesundheitslandschaften* (S. 431–450). Wiesbaden: Springer VS.
- Pimperl, A., Schreyögg, J., Rothgang, H., Busse, R., Glaeske, G., & Hildebrandt, H. (2014). Ökonomische Erfolgsmessung von integrierten Versorgungsnetzen. In *Das Gesundheitswesen*, Internetpublikation: https://www.researchgate.net/publication/267093722_Okonomische_Erfolgsmessung_von_integrierten_Versorgungsnetzen_-_Gutekriterien_Herausforderungen_Best-Practice-Modell (abgerufen im Januar 2016).
- Pitschas, R. (1988). *Kommunale Sozialpolitik*. In von Maydell & Ruland, *Sozialrechtshandbuch* (Seite 1011 ff.). Neuwied: Luchterhand.
- Prottas, J. M. (1979). *People Processing. The Street-Level Bureaucrat in Public Service Bureaucracies*. Toronto: Lexington.
- Reiss, M. (2013). *Hybridorganisation, Netzwerke und virtuelle Organisation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Gutachten 2007 (Kooperation und Verantwortung), 2009 (Koordination und Integration) und 2012 (Wettbewerb zwischen ambulanter und stationärer Versorgung)*. Internet: <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=6> (abgerufen im Januar 2016).
- Siegel, A., Stöbel, U., Geßner, D., Knittel, R., Beckebans, F., Hildebrandt, H., Herman, C., Trojan, A., & Pfaff, H. (2009). Kooperation und Wettbewerb im integrierten Versorgungssystem „Gesundes Kinzigtal“. In V. E. Amelung, J. Sydow & A. Windeler (Hrsg.), *Vernetzung im Gesundheitswesen*. Stuttgart: Kohlhammer, S. 223–236.
- Schmehl, A., & Wallrabenstein, A. (Hrsg.) (2006). *Steuerungsinstrumente im Recht des Gesundheitswesens, Band 2 – Kooperation*. Tübingen: Mohr Siebeck.
- Schmitt, N. (2009). Ansprüche an vernetzte Versorgungsstrukturen aus Sicht der Krankenkassen. In W. Hellmann & S. Eble (Hrsg.), *Gesundheitsnetzwerke managen* (S. 69–75). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Schubert, C., & Vogd, W. (2009). Die Organisation der Krankenbehandlung. Von der privatärztlichen Konsultation zur vernetzten Behandlungstrajektorie. In V. E. Amelung, J. Sydow & A. Windeler (Hrsg.), *Vernetzung im Gesundheitswesen* (S. 25–49). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schräder, W. F. (1986). *Kommunale Gesundheitsplanung*. Berlin: Birkhäuser.

- Schreyögg, J. (2009). Mobilisierung von Netzwerkressourcen in einem vertikal integrierten Gesundheitsnetzwerk. In V. E. Amelung, J. Sydow & A. Windeler (Hrsg.), *Vernetzung im Gesundheitswesen* (S. 211–221). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schreyögg, J., Weinbrenner, S., & Busse, R. (2013). Leistungsmanagement in der Integrierten Versorgung. In R. Busse, J. Schreyögg & T. Stargardt (Hrsg.), *Management im Gesundheitswesen*, 3. Aufl. (S. 106–127). Berlin/Heidelberg: Springer .
- Teuteberg, L. (2008). Daseinsvorsorge durch, nicht für kommunale Unternehmen, In *LKV Landes- und Kommunalverwaltung*, 2008, 150–154.
- Vater, G., & Hodek, L., & Niehaus, M. (2013). Rehabilitation und berufliche Teilhabe behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen in lokalen Strukturen. In E.-W. Luthe (Hrsg.), *Kommunale Gesundheitslandschaften* (S. 417–429). Wiesbaden: Springer VS.
- Van Maanen, J. (1978). People Processing: Strategies of organizational socialisation. In *Organizational Dynamics* 7, 19–36.
- Vogd, W. (2005). Medizinsystem und Gesundheitswissenschaften – Rekonstruktion einer schwierigen Beziehung. In *Soziale Systeme*, 11(2), 236–270.
- Weatherly, J. N. (2013 -1). Netzwerkmanagement im Gesundheitsbereich. In: E.-W. Luthe (Hrsg.), *Kommunale Gesundheitslandschaften* (S. 103-116). Wiesbaden: Springer VS.
- Weatherly, J. N. (2013-2). Qualitätsmanagement im Bereich örtlicher Versorgungsstrukturen. In E.-W. Luthe (Hrsg.), *Kommunale Gesundheitslandschaften* (S. 119–134). Wiesbaden: Springer VS.
- Weber, M. (1980). *Wirtschaft und Gesellschaft*. 5. Aufl., Tübingen: Mohr Siebeck.
- Zeichhardt, R., & Voss, H. (2009). Integrierte Gesundheitsversorgung im Spannungsfeld von Hierarchie, Kooperation und Wettbewerb. In V. E. Amelung, J. Sydow & A. Windeler (Hrsg.), *Vernetzung im Gesundheitswesen* (S. 238–255). Stuttgart: Kohlhammer.
- Zill, J. M., Härter, M., Dirmaier, J., & Scholl, I. (2015). *Which Dimensions of Patient-Centeredness Matter?* In Plos ONE 10(11): e0141978.dd: 10.1371/journal.