

Ernst-Wilhelm Luthe

Kommunale Gesundheitslandschaften

Teil 1

Über kurz oder lang wird das Gesundheitssystem in Deutschland sich stärker vernetzen und damit nahezu automatisch: sich dezentralisieren müssen. Wie im Bereich der Bildung bestätigt sich auch im Gesundheitswesen der Trend zur Kommunalisierung von Prozessen, die man unter Anknüpfung an die angelsächsische Tradition auch als „people processing“ umschreiben könnte. Dass dem faktischen Bedeutungszuwachs der örtlichen Ebene auch eine gesteigerte Verantwortung der Kommunalpolitik in legitimatorischer Hinsicht korrespondiert, die überdies ein Überdenken der heutigen und künftigen Gestaltungsfähigkeit kommunaler Selbstverwaltung im Staatsgefüge erfordert, wird aktuell indes noch nicht ausreichend klar gesehen. Das Gesundheitssystem in seiner mutmaßlich zukünftigen Gestalt deutet, dies sollen die folgenden Zeilen zeigen, jedenfalls unmissverständlich darauf hin, dass auf die kommunalen Träger eine neuartige Strukturverantwortung zukommen wird, die sich bei genauer Betrachtung nicht auf Einzelbereiche beschränken kann, sondern auf den inneren Zusammenhang von Gesundheitsrisiken, Bildungsdefiziten und sozialer Benachteiligung gerichtet sein muss.

1. Zum Verwendungszusammenhang des Begriffs

1.1 Der Begriff

Begriffe haben es an sich, sich im Gebrauch selbst zu bestätigen. Sie werden in die Welt gesetzt, um ein fortwährendes Abtasten ihrer Umwelt nach brauchbaren Informationen einzuleiten. Für „Kommunale Gesundheitslandschaften“ sind die Umstände hierfür derzeit in mehrfacher Weise günstig: Zumindest für Leser dieser Zeitschrift sind die „Kommunalen Bildungslandschaften“ ein gut eingeführter Ansatz, der in der kommunalen Praxis nicht ohne

Folgen geblieben ist.¹ An die von ihm ausgehenden Signalwirkungen kann angeknüpft werden. Im grundsätzlichen Anliegen nämlich unterscheiden sich Bildungs- und Gesundheitslandschaften kaum. In beiderlei Hinsichten wird mit Traditionen gebrochen: von der institutionalisierten Bildung und Krankenbehandlung hin zu den sozialen Kontextbedingungen von Bildung und Gesundheit „vor Ort“; anstatt zentraler Steuerung die Hinwendung zu Ansätzen lokaler Netzwerkbildung und Kooperation; anstatt zergliederter Gesundheits- und Bildungszuständigkeiten eine neuartige Vision von kommunaler „Allzuständigkeit“ für das integrierte Ganze. Nicht zuletzt bestehen Zusammenhänge im Bereich von Ursachen und Wirkungen, beim Instrumentarium und im kommunalen Aufgabenbezug: zunächst zwischen sozialer Lage, Bildungshintergrund und gesundheitlicher Situation,² sodann zwischen den hierbei zum Einsatz gelangenden Planungsinstrumenten (etwa Sozial-, Gesundheits-, Bildungsplanung) und schließlich im Blick auf die seit je bestehende Bildungs- und Gesundheitsrelevanz des kommunalen Aufgabenbestandes.

1.2 Steuerung

„Kommunale Gesundheitslandschaften“ müssen realistisch betrachtet ohne ein Steuerungsversprechen auskommen. Derzeitige Ansätze kreisen weitestgehend um den



Ernst-Wilhelm Luthe

1) Deutscher Verein, NDV 2007, 294, Luthe, E.-W.: Kommunale Bildungslandschaften, 2009; ders., NDV 2008, 49; ders., NDV 2009, 278; Beiträge in „Der Landkreis“, Heft 12/2009.

2) Dass der Bildungsstand einen größeren Einfluss auf die gesundheitliche Entwicklung hat als die Einkommensverhältnisse ist das Ergebnis von Nagel, G. u.a.: Determinants of obesity in the Ulm Research on Metabolism, Exercise and Lifestyle in Children (URMEL-ICE), European Journal of Pediatrics 2009.

Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Luthe lehrt Öffentliches Recht und Sozialrecht an der Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften und Uni Oldenburg.

Governance-Begriff und dessen Derivate.³ „Governance“ ist jedoch nur eine Metapher, die nichts erklärt, bei genauer Betrachtung ein zweiter Aufguss älterer Ansätze zu Grenzen und Möglichkeiten von Kontextsteuerung, Selbstorganisation, Verwaltungskooperation und Bürgerpartizipation.⁴ Dass staatliche Steuerung heutzutage, um die immer wiederkehrenden Aussagen aufzugreifen, einen Zuwachs an Komplexität, das Handeln in Mehrebenensystemen und gewisse Erfordernisse vermehrter Einbeziehung nicht-staatlicher Akteure mit sich bringt und deshalb auf ein ausgewogenes Verhältnis von Selbst- und Fremdsteuerungsanteilen mit entsprechendem Einbau iterativer Strukturen in Prozessen der Planung zu achten ist, wird jeder Praktiker, der hoheitliche Entscheidungen von Gewicht zu treffen hat, vermutlich sofort bestätigen können. Nicht die Ergebnisse von Governance sind das eigentlich Interessante, sondern die konzeptionelle Offenheit, in der die Diskussion derzeit geführt wird – so als ob man im Blick auf die Wirklichkeit mit allem rechnen müsse. Es scheint mittlerweile so zu sein, dass situationsabstrakt letztlich keine sicheren Aussagen mehr möglich sind, ob und in welchen Anteilen etwa Bürgerbeteiligung Sinn macht, ob die zu erledigende Aufgabe besser in Mechanismen des Marktes, Staates oder des Netzwerks aufgehoben erscheint und inwieweit letztlich die Zukunft noch planbar ist.⁵ Dies ist der eigentliche Unterschied zur vergleichsweise optimistisch gestimmten früheren Debatte. Anstatt Planung also Evolution?⁶ Die im Moment populären Ansätze der Netzwerkbildung und Bürgerbeteiligung scheinen dies ungewollt zu betätigen. Konsequenz zu Ende gedacht kommen Netzwerkstrategien mit „bottom-up“ einer Selbstauflösung gleich. Die sich mit Netzwerken verknüpfenden Nutzenerwägungen werden vollends der inneren Netzwerkdynamik ausgesetzt, weil das Netzwerk in unkalkulierbarer Weise selbst darüber entscheiden muss (ansonsten wäre es kein Netzwerk), ob und wie es nützlich sein will.⁷ Ebenso muss eingestanden werden, dass selbst bei bestem Umsetzungswillen die Planung nicht selbst darüber bestimmen kann, in welchen Zustand das System angesichts stets mitlaufender Änderungen in der Systemumwelt infolge der Planung gerät.⁸

Gleichwohl braucht man vor der Zukunft nicht zu kapitulieren. Was abstrakt als zufallsabhängig und unplanbar erscheint, kann unter konkreteren Systembezügen auch „konstruktiv“ genutzt werden. Zufall ist dann „die Fähigkeit eines Systems, Ereignisse zu benutzen, die nicht durch das System selbst ... produziert oder koordiniert werden können ... ‚Zufall benutzen‘ soll heißen: ihm mit Mitteln systemeigener Operationen strukturierende Effekte abzugewinnen.“⁹ Der Zufall beseitigt die Engführung der eigenen Strukturbildungen, ohne die unbezweifelbaren Vorteile dieser Engführung preiszugeben. Was also wird deshalb in jedem Fall benötigt? Zunächst Machbarkeitskalküle, Reformabsichten und Planungsziele, also auf Veränderung gepolte Strukturvorgaben jedweder Art, damit es überhaupt zu „beobachtbaren“¹⁰ Abweichungen, mithin zur Einleitung und Fortsetzung von Entwicklungen kommen kann. Sie sind eine Grundbedingung dafür, dass an Kausalattributionen aufseiten der Intervenierenden und entsprechende Erwartungshaltungen aufseiten der Adres-

saten strategisch angeknüpft werden kann, ohne die Versuche von Bildungs- oder Gesundheitsförderung intentional im Sand verlaufen. So wird haltloses Prozessieren im Umgang mit dem Sozialen in eine intern überschaubare Problemverarbeitungsperspektive überführt und in Erwartung äußerer Einflüsse der Möglichkeit weiterer Spezifikation ausgesetzt. Die Erfahrung scheint dem in einem wichtigen Punkt recht zu geben: Reine Bottom-up-Strategien sind zum Scheitern verurteilt.¹¹ Gleichwohl aber sorgen der äußeren Umwelt zugewandte Prozesse wie etwa Fallmanagement, Bürgerpartizipation und Evaluation für ein ständiges Austesten der organisatorischen Festlegungen im Hinblick darauf, ob diese sich auf einem „Markt der Möglichkeiten“ bewähren – nichts anderes also als ein Ausbeuten der Umwelt nach brauchbaren Antworten im Dienste der eigenen Zwecke und Ideale. Und das alltägliche Handling eines solchen Verhältnisses von Redundanz und Varietät dürfte denn auch der Kern dessen sein, was heute allgemein unter „Management“ verstanden wird – Gesundheitslandschaften inbegriffen.¹²

1.3 Gesundheit in der Gesellschaft

Der Erfolg von Gesundheitslandschaften ist im Einzelnen nicht steuerbar, aber in seinen Möglichkeitsbedingungen erklärbar. Vollends verständlich wird dies erst bei näherer Beschäftigung mit denjenigen Funktionssystemen, Organisationen und Interaktionen, die als Ausprägungen von Gesellschaft den Möglichkeitsraum für Entwicklungen begrenzen, die in einer Gesundheitslandschaft denkbar sind. Gesundheitslandschaften beruhen auf dem Gedanken, dass es für die Erhaltung und Herstellung der Gesundheit nicht ausreicht, nur auf kurative Krankenbehandlung zu setzen. Diese Erkenntnis ist in der Sache so einleuchtend, dass erklärungsbedürftig an sich nur noch ist, warum dieser Aspekt in Deutschland erst in den letzten Jahren zu nennenswerten Auseinandersetzungen auch außerhalb des Wissenschaftsbetriebes führen konnte.¹³ Hier müssen Andeutungen genügen: Gesundheitliche Risiken und Ressourcen sind nicht einfach nur in den „Lebensverhältnissen“ der Menschen aufgehoben, vielmehr in ihren wechselseitigen Bezügen das Produkt gesellschaftlicher Funktionssysteme, die sich aufgrund ihrer je unterschiedlichen

3) Etwa Lange, S./Schiemank, U. (Hrsg.): Governance und gesellschaftliche Integration, 2004; Schuppert, G.F.: Governance-Forschung, 2005; Benz, A. (Hrsg.): Governance – Regieren in komplexen Regelsystemen, 2004; Altrichter, H. u.a.: Educational Governance, 2007.

4) Im Überblick: Luthe, E.-W.: Das besondere Gewaltverhältnis – Selbstregulationsmodell des Öffentlichen Rechts 1989, S. 153 ff.

5) Kritisch in Ansehung der in den Governancekonzepten zumeist ausgeblendeten Herrschaftsbeziehungen, Partikularinteressen und Effizienzschwächen: Mayntz, R., in: Benz (Fußn. 3), S. 74.

6) Luhmann, Die Gesellschaft der Gesellschaft, 1997, S. 413.

7) Luthe (Fußn. 1), S. 72 f.

8) Luhmann (Fußn. 6), S. 430.

9) Luhmann (Fußn. 6), S. 450, 464.

10) Evolution ist immer und überall. Es kommt deshalb darauf an, aus dem Strom der Ereignisse die als brauchbar unterstellten Informationen zu identifizieren, um bspw. Kausalbeziehungen feststellen oder sich an Ziele binden zu können. Dies geschieht mittels Beobachtungen. Hierzu Baraldi, C. u.a.: GLU. Glossar zu Niklas Luhmanns Theorie sozialer Systeme, 1997, S. 123.

11) Mayntz, R./Scharpf, F.W. (Hrsg.): Gesellschaftliche Selbstregulation und politische Steuerung 1995, S. 26; Luthe (Fußn. 1), S. 30 f.

12) Zur Entwicklung von Gesundheitsregionen vgl. Fink, A., in: Hellmann, W./Eble, S.: Gesundheitsnetzwerke initiieren, 2009, S. 223.

13) Deutlich wird dies in den Gutachten 2007 und 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Man erinnere sich auch an das vor einigen Jahren gescheiterte Präventionsgesetz.

Funktionslogiken mit ihren Organisationen steuerungs-technisch aber nur schwer in eine integrierte Gesamtstrategie einbinden lassen. Wird überdies bedacht, dass, deutlich bei Gesundheitsförderung, nicht nur auf gesellschaftliche Kommunikationsbeziehungen abgehoben, sondern diese zudem in Zustände ihrer mentalen und körperlichen Systemumwelt übersetzt werden müssen, so dürfte schnell einsichtig werden, dass auf einfachen Kausalhypothesen fußende Gesundheitsprogramme kaum hilfreich sind. Für die lange Zeit vernachlässigten Kontextbedingungen von Gesundheit mag hier ferner ein kurzer Hinweis auf die im System der Krankenbehandlung vergleichsweise unterentwickelte Fähigkeit zur Selbstreflexion genügen, die es umgekehrt in die Lage versetzen würde, sich selbst als geeignete Umwelt anderer gesellschaftlicher Systeme thematisieren zu können. Es findet gewissermaßen bereits in der Mitteilung des Schmerzes einen ausreichenden Daseinsgrund und kann die gesellschaftliche Kommunikation der eigenen Systemfunktion daher vernachlässigen.¹⁴ Überdies dürfen in diesem Zusammenhang die institutionellen Bedingungen des Gesundheitswesens in Deutschland nicht außer Acht gelassen werden, wo die nach dem Zweiten Weltkrieg forciert betriebene Selbstverwaltung der Ärzteschaft eine gezielte Immunisierung des gesamten Gesundheitswesens gegenüber staatlicher Einwirkung und insbesondere dem für das gesellschaftliche Umfeld traditionell aufgeschlossenen Öffentlichen Gesundheitsdienst nach sich zog.¹⁵

Die gleichwohl in den letzten zwei Jahrzehnten zu beobachtende Öffnung der Perspektive von Krankenbehandlung zu umfassender „integrierter“ Gesundheitsfürsorge ist nach allem alles andere als selbstverständlich. Unbestreitbar ist die postindustrielle (Risiko-)Gesellschaft aufmerksamer geworden gegenüber ihrer mentalen und körperlichen „Systemumwelt“ – insofern Folge des mit erheblichen Finanzierungsproblemen verbundenen Wandels gesellschaftlicher *Morbiditätsstrukturen*, ihrerseits eingebettet in wohlfahrtsstaatliche Bestrebungen vermehrter gesellschaftlicher *Teilhabe* gesundheitlich beeinträchtigter Personen, vor allem aber Folge eines neuartigen Problemdrucks gesellschaftlicher *Teilsysteme* im Kontext ihrer Funktions- und Kommunikationsfähigkeit.¹⁶ Offenbar kann die hierfür benötigte Reproduktion von Körpern und Bewusstseinszuständen nicht mehr als selbstverständlich unterstellt werden. Im Beobachtungshorizont der jeweiligen Systemfunktion erhalten Gesundheitsrisiken gleichsam programmatische Bedeutung.¹⁷ Die Heilung von Krankheiten als medizinische Zentralfunktion aber bleibt für die hiermit in besonderer Weise herausgeforderte *Medizin* gleichwohl tonangebend, und diese wird bspw. nicht plötzlich Gesellschaftspolitik betreiben können, nur weil der Staat (oder wer immer) behauptet, dies sei eine Frage der Gerechtigkeit. Gleichwohl sind interne Differenzierungen zu beobachten: Der funktionale Bezug auf die organische und mentale Umwelt des Sozialen muss reflexiv verarbeitet werden. Mit einer sprichwörtlichen Verbesserung von Laborparametern kann sich keine Medizin mehr zu Frieden 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 Professionalisierungsideal 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.

Gesundheit ist ein Thema von hoher Symbolkraft. Institutionell¹⁸ und wohlfahrtsstaatlich ist es derart aufgeladen, im öffentlichen Gebrauch durch hohe Unbestimmtheit zudem derart absorptionsfähig, dass hiermit selbst Unversöhnliches auf Linie gebracht werden kann. Für integrierte Gesundheitslandschaften mit multiperspektivischer Einbeziehung von Inklusionshilfe, Wirtschaft, Politik und Krankenbehandlung scheinen die Bedingungen einer systemübergreifenden Koordination der Perspektiven insgesamt gesehen günstig zu sein. Ausgeschlossen sind Direktinterventionen von einem Bereich in den anderen, etwa von medizinischen Erfordernissen in wirtschaftliche Prozesse – mit dem merkwürdigen Ergebnis, dass „Arbeitsmedizin“ Profistreiben verdrängen könnte. Es kann nur um Formen wechselseitiger Annäherung im Medium symbolträchtiger Zentralwerte gehen, die von jedem System nach eigenen Kriterien in Anspruch genommen werden, dieses „irritieren“ und zur Selbstdetermination anregen können.¹⁹ Eben hierfür ist das Gesundheitssymbol nicht der schlechteste Kandidat.

1.4 People Processing

Für staatliche Steuerungsprozesse sind indes Eigenarten in Rechnung zu stellen. Die wohlfahrtsstaatlicher Politik zur Verfügung stehenden Steuerungsmittel des Rechts und

14) Luhmann, N.: Soziologische Aufklärung, Bd. 5, 1990, S. 183; Fuchs, P.: Das Gesundheitssystem ist niemals verschlupft (Internet, 2008), S. 7; Bauch, J.: Gesundheit als sozialer Code, 1994, S. 168; Vogd, W.: Soziale Systeme, 11/2, S. 236.

15) Zamora, P.: Möglichkeiten einer Optimierung der gesundheitlichen Versorgung durch Kommunalisierung von gesundheitsbezogenen Steuerungs- und Managementprozessen, Bielefeld 2002, S. 39 (Internet).

16) Stichworte: Sicherstellung der gesundheitlichen Voraussetzungen für verwertbares Humankapital, insbesondere in Anbetracht längerer Lebensarbeitszeit (Wirtschaft); bildungsfähige Bürger trotz gesundheitlicher Belastungen (Erziehung); gesundheitliche Beeinträchtigungen als soziale Integrationsrisiken (Sozialarbeit); bezahlbare Gesundheitsleistungen für alle zur Aufrechterhaltung des sozialen Friedens (Politik).

17) Der funktionale Primat schließt nicht aus, dass Systeme im Kontext von Organisationsprogrammen zur Integration systemfremder gesundheitsbezogener Kriterien gezwungen sind, sobald es als problematisch empfunden wird, in einer physischen und psychischen Umwelt der Gesellschaft zurechtzukommen zu müssen: Luthé, E.-W.: Sozialtechnologie, ArchsozArb 2003, S. 32 f.

18) Erkennbar an neuen Gesundheitsberufen, Organisationsmodellen, Handlungsinstrumenten und medizinimmanenten Entwicklungen wie etwa biometrischen Verfahren.

19) Zum hiermit angesprochenen Ansatz „struktureller Kopplungen“: Luhmann (Fußn. 6), S. 100, 779.

des Geldes stoßen an Grenzen, wenn Personen selbst und nicht nur ihre Lebensbedingungen im Fokus stehen.²⁰ Die Veränderung der Person ist 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 im Blick auf die Praxis wird man sagen müssen: Er tut dies bereits. Was man hier zu sehen bekommt, ist von einer Vielfalt, die allenfalls noch eine gewisse Pragmatik bevölkerungsnaher Politikgestaltung erkennen lässt: anstatt zentraler Steuerung die Einbeziehung der vor Ort wirkenden Akteure in Prozesse der Netzwerkbildung und kooperativen Strukturentwicklung.²¹ Man mag dies im Blick auf die politische Überformung der Initiativen wiederum als untauglichen Versuch kritisieren²² und diesbezüglich unter Freiheitsaspekten einen bedrohlichen Wandel vom Sozialstaat alter Prägung zu einem weit ausgreifenden, die gesamte Lebensführung des Bürgers erfassenden sozialen Schutzstaat konstatieren.²³ Mit einer Pervertierung manch guter Absichten durch die politische Logik des Wohlfahrtsstaates darf ohne Zweifel gerechnet werden; gerade weiche Steuerungsformen erscheinen als besonders anfällig für die üblichen Selbstdarstellungsrituale von Funktionären und münden mancherorts in seltsam anmutenden volkspädagogischen Inszenierungen. Was aber wäre die Alternative? Ein Handeln im Schema von Versuch und Irrtum mit Zufallsbefunden, die sich in der weiteren Erprobung als „best practice“ identifizieren lassen, ist angesichts unübersehbarer sozialer Probleme aber wohl besser, als nichts zu tun und alle Chancen zu verpassen. Für Aufgaben einer personennahen und integrativ ansetzenden Strukturentwicklung im Sozial-, Bildungs- und Gesundheitssektor aber steht, abgesehen von durch Erfahrung klug gewordenen Praktikern, ausreichend qualifiziertes Personal derzeit nicht zur Verfügung.²⁴ Nicht minder im Bereich der kommunalpolitischen Interessenvertretung braucht es Leute mit gut ausgebildeten Fähigkeiten der Analyse und Abstraktion. Denn die Herausforderungen, um die es geht, liegen gleichsam unter der Oberfläche und sind mit im Gegenständlichen verhafteten Denkweisen nicht zu bewältigen.

2. Die Herausforderungen

2.1 Die Versorgungs- und Morbiditätsstruktur

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen sieht die wohl wichtigste Aufgabe gesundheitspolitischer Reformen neben der Sicherstellung der Akutversorgung in einer adäquaten Langzeitversorgung

von chronisch und mehrfach erkrankten Patienten in einer älter werdenden Bevölkerung. Diese müsse bereits mit präventiven Maßnahmen im Kindesalter beginnen, die Patienten bei den altersspezifischen Übergängen optimal begleiten und im hohen Alter den spezifischen Versorgungs- und Betreuungserfordernissen gerecht werden.²⁵ Als Problem wird insofern nicht nur die flächendeckende Sicherstellung der Versorgung in ländlichen und strukturschwachen Regionen, sondern auch die Koordination der Versorgung in mehrdimensionalen, sektor- und berufsgruppenübergreifenden Strukturen angesehen.²⁶ Da die gesundheitsrelevanten Faktoren wie Alterung, Bevölkerungsentwicklung, Versorgungsdichte, soziale bzw. ökologische Gesundheitsrisiken regional unterschiedlich ausgeprägt sind, muss die Feinsteuerung im engen Kontakt mit den Verantwortlichen vor Ort erfolgen, etwa mit enger Verzahnung von Jugendhilfe und relevanten Gesundheitsdiensten, von Leistungserbringern und Apotheken zur Bewältigung von Polypharmacie. Und vor dem Hintergrund der prognostizierten Verdoppelung der Anzahl von Pflegebedürftigen bis 2050 muss über eine Intensivierung kommunaler Aktivitäten in Bereichen der Pflege- und Betreuungsinfrastruktur nachgedacht werden.²⁷

Zutreffend plädiert der Sachverständigenrat deshalb 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 nicht ärztlichen Leistungserbringern, Selbsthilfegruppen und kommunalen Einrichtungen.²⁸ „Um die Aufgaben der Zukunft lösen zu können, ist es notwendig, die ambulante und stationäre Versorgungskapazität, die Pflege- und Rehabilitationskapazität einer Region sowie die kommunalen Institutionen und Selbsthilfegruppen als eine Einheit zu verstehen.“²⁹ Professionell basierte Ansätze (z.B. Leitlinien und Versorgungspfade) sind zwar notwendig, zur Koordination der Versorgung aber nicht ausreichend. Sie bedürfen vielmehr der Ergänzung durch externe Koordinationsanstrengungen und Finanzierungsanreize. „Hierunter ist in erster Linie die dezentrale Übertragung der Leistungserbringung und Finanzierungsverantwortung auf regional aufgestellte Institutionen zu verstehen, die Prävention und Gesundheitsversorgung umfassend und populationsbezo-

20) Luhmann, N.: Politische Theorie im Wohlfahrtsstaat, 1981, S. 84, 94.

21) Vgl. nur zu Bildungsnetzwerken: Luthe (Fußn. 1), S. 27, 30, 72, 146 f., 161.

22) Vogd (Fußn. 14), S. 236.

23) Hesse, H.-A.: Der Schutzstaat, 1995.

24) Dies ist in Ansehung der heute für jedweden Blödsinn aus dem Boden gestampften Masterausbildungen ein denkwürdiges Ergebnis. Im Übrigen ist auch die übliche Verwaltungsausbildung von den benötigten Qualifikationen weit entfernt. Angesichts ihrer multidisziplinären Ausrichtung wäre an Sozialarbeit/-pädagogik zu denken. Hier allerdings ist das traditionell niedrige Ausbildungsniveau in Rechnung zu stellen, eingedenk gewisser Vorbehalte der Verantwortlichen gegenüber dem akademischen Gedanken der Bestenauslese. Ähnlich breit aufgestellten Sozialwissenschaftler/innen wiederum fehlen die erforderlichen Kenntnisse des Rechts und der (Verwaltungs-)Betriebswirtschaftslehre.

25) Sachverständigenrat: Gutachten 2009, Kurzfassung, S. 13, 19, sowie Langfassung, S. 817 (Internet).

26) Sachverständigenrat (Fußn. 25), Kurzfassung, S. 26, 45, 50, 165.

27) Sachverständigenrat (Fußn. 25), Kurzfassung, S. 55, 83, 89, 110, 115–122, 177.

28) Sachverständigenrat (Fußn. 25), Kurzfassung, S. 175; Langfassung, S. 706 (Internet).

29) Sachverständigenrat (Fußn. 25), Langfassung, S. 816 (Internet).

gen anbieten.“³⁰ Hierfür aber sind gesetzliche Neuregelungen zur Beteiligung der Kommunen an den Verfahren zur Feststellung von Unter- und Überversorgung (§§ 100, 101 SGB V) zugunsten einer differenzierteren Bedarfsplanung ebenso notwendig wie verpflichtende Vorgaben zur Kooperation von Krankenkasse, Pflegekasse und Kommune mit dem Ziel einer gemeinsamen örtlichen Gesundheitsplanung, um diese sodann in die Zentralsteuerung durch Ausschüsse von Ärzten und Krankenkassen (§§ 90 ff. SGB V) einbeziehen zu können.

2.2 Die ärztliche Versorgung

Zwar hat die Bundesregierung in den letzten Jahren einige Maßnahmen zur Vermeidung von Unterversorgung in strukturschwachen Gebieten beschlossen (finanzielle Anreize, neue Regelungen im ärztlichen Berufsrecht, Öffnung der vertragsärztlichen Planbereiche). Allerdings werden sich Versorgungsengpässe³¹ nicht allein mit gesundheitspolitischen Maßnahmen bewältigen lassen. Gegenüber einer veränderten Lebensplanung der heute mehrheitlich weiblichen Ärzte mit ihrem besonderen Interesse an Teilzeittätigkeiten und einer feststellbaren Reserviertheit gegenüber der hausärztlichen Tätigkeit insbesondere im ländlichen Raum³² müssen, etwa im Zuge einer verbesserten Kinderbetreuung und Verkehrsanbindung, andere Anreizsysteme geschaffen werden. Insbesondere Teilzeitstellen sind an infrastrukturelle Bedingungen geknüpft, wie etwa den Ausbau medizinischer Versorgungszentren. Festzustellen ist im Übrigen bereits heute eine Überversorgung in städtischen Ballungsgebieten in bestimmten Facharztbereichen, eine Unterversorgung bspw. aber dagegen im fachärztlichen Bereich in Pflegeheimen sowie allgemein in der hausärztlichen Versorgung. Schon heute wird bei Chronikern weniger als die Hälfte einer evidenzbasierten Versorgung tatsächlich realisiert. Der sich zukünftig weiter zuspitzenden Unter- und Fehlversorgung aber kann gegengesteuert werden: durch neue Delegationskonzepte (§ 63 SGB V),³³ durch Vermehrung mobiler Dienste, mit Beihilfen der Kommunen und Länder für Praxisinvestitionen, durch straffere Behandlungspfade mit „Gatekeeping“³⁴ und telemedizinischer Unterstützung, durch langfristig ansetzende Prävention oder mittels Umwandlung der hausärztlichen Praxen in größere fachlich differenzierte Primärversorgungspraxen.³⁵

2.3 Die integrierte Versorgung

„Integrierte Versorgung“ ist ein Thema von visionärer Sprengkraft, riskante Herausforderung und im Hinblick auf die geschilderten Probleme möglicher Lösungsansatz zugleich, für die Kommunen zudem eine Option neuartiger Verantwortungsübernahme. Die wesentlichen Aspekte dieser insgesamt höchst komplexen Reformperspektive lassen sich in einfachen Worten wie folgt zusammenfassen: Die integrierte Versorgung ist im Krankenversicherungsgesetz und zuletzt auch im Pflegeversicherungsgesetz als Alternative zu den hergebrachten Formen der vertragsärztlichen Versorgung bereits vor einigen Jahren auf den Weg gebracht worden. Das Gesetz eröffnet verschiedene Modellalternativen:

- medizinische Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 SGB V als fachübergreifende Einrichtungen, in denen Ärzte mit verschiedenen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen ambulant tätig sind (mit Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen),
- Praxisnetze nach § 73 a SGB V als Zusammenführung haus- und fachärztlich tätiger Vertragsärzte durch den Hausarzt als Lotse oder in Gesamtverantwortung des Praxisverbundes (mit Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen),
- hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V mit Hausarzt als Lotse der gesundheitlichen Versorgung („unechte“ Selektivverträge),
- befristete Modellvorhaben nach § 63 SGB V zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung, u.a. durch Erprobung neuer Formen der Delegation ärztlicher Aufgaben (Selektivverträge),
- die *eigentliche* integrierte Versorgung nach § 140 a SGB V als Leistungssektoren übergreifende oder interdisziplinär-fachübergreifende, insgesamt bevölkerungsbezogene Versorgung in der Fläche: Zusammenarbeit zugelassener Haus- und Fachärzte, ärztlicher und nicht ärztlicher Leistungserbringer, von ambulantem und stationärem Sektor³⁶ (Selektivverträge),
- strukturierte Behandlungsprogramme (DMPs) nach § 137 f und § 137 g SGB V mit aufeinander abgestimmten Behandlungsprozessen in bestimmten Erkrankungsbereichen, ggf. als Unterfall integrierter Versorgung (Verträge auf der Grundlage der §§ 64, 73 a, 82, 83, 115, 115 b, 140 a SGB V),
- die *eigentliche* integrierte Versorgung nach § 92 b SGB XI zwischen Pflegeeinrichtungen und weiteren Vertragspartnern der medizinischen integrierten Versorgung mit Zuständigkeit der Pflegekasse (Selektivverträge).

Allgemeines Ziel ist die Verzahnung der verschiedenen Leistungssektoren innerhalb einer „zweiten Säule der Regelversorgung“ zur Verbesserung der Versorgungswirtschaftlichkeit und zur Optimierung medizinischer Behandlungsabläufe durch Vermeidung von Wartezeiten, Doppeluntersuchungen und Behandlungsdiskontinuitäten.³⁷ Die Integrierte Versorgung ist als Reaktion zu verstehen auf

30) Sachverständigenrat (Fußn. 25), Langfassung, S. 887 (Internet).

31) Zum Ärztemangel vgl. Schade, Ms. Wiesbaden, ohne Datum; ferner Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz vom 3. Juli 2008 zum Bericht der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden 2008: Mehrbedarf an Hausärzten von 15.000 bis 2020, Fehlbestand an Krankenhausärzten bis 2013 ca. 10.000.

32) Zum Ganzen: Sachverständigenrat (Fußn. 25), Kurzfassung, S. 101, 108, 156, sowie Mecklenburg-Vorpommern, Landtags-Drucks. 4/1774 vom 30. Juni 2005.

33) Petersen, U./Heitz, O., in: Hellmann, W./Eble, S.: Gesundheitsnetzwerke managen, 2009, S. 119.

34) Gemeint ist die Regelung des Zugangs zur sekundärfachärztlichen Versorgung, der in Deutschland im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern kaum begrenzt ist; Greiling, M. u.a.: Schnittstellenmanagement in der Integrierten Versorgung, 2009, S. 24.

35) Sachverständigenrat (Fußn. 25), Kurzfassung, S. 158.

36) Interessant vor allem die Stellung von Krankenhäusern im ambulanten Bereich, die Abweichungen vom Zulassungsrecht bei sektorübergreifender Versorgung und die Erweiterungen im Umgang mit neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden bei der ambulanten Versorgung nach § 140 b Abs. 3 und 4 SGB V.

37) BSG vom 6. Februar 2008 – B 6 KA 27/07 R sowie B 6 KA 5/07 R; zu den Vor- und Nachteilen der neuen Versorgungsformen: Baumann, M.: Medizinische Versorgungszentren und Integrationsversorgung, 2006, S. 221, 227, 237/38.

vor allem zukünftige Veränderungen der gesellschaftlichen Morbiditätsstruktur, die gekennzeichnet ist durch einen hohen Verbreitungsgrad chronischer und multimorbider Erkrankungen sowie von Pflegebedürftigkeit. Erforderlich sind gegenüber der bisherigen Abtrennung der Versorgungsbereiche, vor allem des ambulanten und stationären Sektors, neue Anbieterstrukturen jenseits der traditionellen Regelungszuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen: ein „auf einer einheitlichen Patientenakte beruhendes, vertikales, vollvernetztes und qualitätsgesteuertes Vollversorgungsmodell.“³⁸ Die Kassenärztlichen Vereinigungen verwalten traditionell ein System, in dem die Finanzierung nicht dem Patienten oder der Leistung, sondern den Budgets einzelner Sektoren folgt. Integrierte Versorgungsverträge werden demgegenüber zwischen den gesetzlichen Krankenversicherungen und bestimmten Anbietern³⁹ „selektiv“ vereinbart und sind angesichts gezielt offener gestalter gesetzlicher Vorgaben zwischen den Beteiligten grundsätzlich „frei“ verhandelbar.⁴⁰ Die ökonomischen Risiken ebenso wie die Gewinnchancen gehen von der Krankenversicherung unter finanzieller Berücksichtigung der Risikostruktur der sich freiwillig beteiligenden Patienten⁴¹ teilweise oder ganz auf den Leistungserbringer über.⁴² Dies leisten unterschiedliche Finanzierungskonzepte,⁴³ wie vor allem das als besonders effizient eingestufte Capitation-Modell.⁴⁴ Denn nicht nur die Krankenbehandlung, auch die Gesunderhaltung des Patienten⁴⁵ wird hier zu einem zentralen Versorgungsmotiv, weil das Versorgungsnetz auf diesem Weg Einnahmen pauschal pro Kopf mit jedem eingeschriebenen Patienten und unabhängig von der Anzahl seiner Arztkontakte erzielen kann. Angesichts sektorübergreifender Pauschalen⁴⁶ wird die Behandlungsorganisation hierbei zu einer effizienten Koordination vor allem an den kostenökonomisch wichtigen Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung gezwungen.

In solchen kontaktunabhängigen Finanzierungsmodellen offenbart sich die Bedeutung örtlicher Gesundheitsbedingungen und Gestaltungschancen mit besonderer Deutlichkeit. Zu den Erfolgsbedingungen der Integrierten Versorgung gehören neben einem guten Management auch die Gesundheitsressourcen vor Ort. In diesem Rahmen wächst der Kommune eine neuartige Verantwortung zu. Konkret: Nichts schließt aus, dass diese als „Anwalt der Gesundheitsinteressen ihrer Bürger“ in den Grenzen des kommunalrechtlich Möglichen⁴⁷ als Krankenhausträger beispielsweise ein medizinisches Versorgungszentrum gründet (§ 95 SGB V), mit diesem ferner an der Integrierten Versorgung (§ 140 a SGB V) teilnimmt oder diese auch selbst bzw. als Teilhaber einer Public Private Partnership direkt betreibt (§ 140 b Abs. 1 Nr. 2, 3 und 4 SGB V). Wird bedacht, dass die kommunale Ebene einen geradezu privilegierten Zugang zu den gesundheitlichen Kontextbedingungen ihrer Bürger hat und auf diese Weise wie keine andere Politikenebene zum langfristigen Erfolg integrierter Versorgung beitragen kann, so bleibt jedenfalls unverstänlich, warum die kommunalen Gebietskörperschaften zurzeit aus sämtlichen Betrachtungen möglicher Verantwortlichkeiten herausfallen.⁴⁸ Nicht minder gilt dies im Blick auf die mit Einführung integrierter Versorgungsformen verbundenen Gefahren: so die nicht unberechtigten

Befürchtungen einer Risikoselektion⁴⁹ unter den Patienten, verbunden mit einer Verschlechterung der Behandlungsqualität⁵⁰ als Folge kurzfristig angelegter Gewinnmaximierungsstrategien privater Versorgungsoligopole.⁵¹ Auch hier gebietet es die verfassungsrechtliche Verantwortung der Kommunen für alle Angelegenheiten ihrer örtlichen Gemeinschaft (s.u.), dass die zu beobachtenden Dezentralisierungstrends bei der Gesundheitsversorgung nicht in Zustände organisierter Unverantwortlichkeit abgleiten. Prozesse wie diese bedürfen angesichts ihrer hervorgehobenen Bedeutung für das Leben vor Ort vielmehr gesicherter Verfahrensweisen kommunalpolitischer Verantwortlichkeit und Legitimation. In dieser Hinsicht greift die mitgliedschaftsrechtliche Legitimation der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich zu kurz, wenn sich deren Rolle in der integrierten Versorgung letztlich auf die eines Zahlmeisters beschränkt, alles Weitere dem undurchsichtigen Wirken privater Kräfte überlassen bleibt und die unbestreitbaren Chancen der Integrationsversorgung, wie sie unter kommunaler Ägide denkbar sind, so letztlich ungenutzt bleiben. Nicht zuletzt für die viel diskutierte Stärkung von Patientenrechten eröffnen sich unter kommunalpolitischen Vorzeichen völlig neue Einflussmöglichkeiten. Und dass entwickelte Versorgungsformen als Standortfaktor für Unternehmen allgemein und insbesondere solche der Gesundheitswirtschaft „ganz nebenbei“ auch zu lokal wirksamen Wachstums- und Beschäftigungseffekten führen können, gilt heute als

38) Schade (Fußn. 31).

39) Nach § 140 b SGB V etwa Arztnetze und ihre Kapitalgeber, medizinische Versorgungszentren, Krankenhäuser, Reha- und Pflegeeinrichtungen, Pflegekassen sowie alle denkbaren Gemeinschaften der vorgenannten Institutionen sowie Managementgesellschaften.

40) Zur Anwendung von Vergaberecht auf Selektivverträge vgl. OLG Düsseldorf vom 23. Mai 2007 – VII-Verg 50/06.

41) Integrationsverträge können insofern Bonusregelungen vorsehen (vgl. § 65 a Abs. 2 SGB V sowie § 53 Abs. 3 SGB V), dafür aber unter Bindung des Patienten an das Versorgungsnetz, die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung auch außerhalb des Netzes wird in den Vertragsmodellen jedoch teilweise zugestanden.

42) Also auch die Negativwirkungen, die sich aus einer unwirtschaftlichen Leistungserstellung, Moral Hazard und einer angebotsinduzierten Nachfrage ergeben.

43) Die im Gesamtvergütungssystem vorgesehenen Mengenbegrenzungen entfallen, was dazu verhilft, dass zukünftigen Versorgungsengpässen durch Mehrarbeit begegnet werden kann. Zu den Vergütungsarten etwa Baumann (Fußn. 37), S. 208, sowie Lindenthal, in: Hellmann/Eble (Fußn. 33), S. 217.

44) Sachverständigenrat (Fußn. 25), Kurzfassung, S. 28, 153, 167.

45) Etwa durch intensives Case und Disease Management, Compliance-Regelungen, frühzeitige Präventionsmaßnahmen und langfristige Einwirkung auf die lokalen Umfeldbedingungen von Gesundheit.

46) Vor allem für Träger eines MVZ bietet sich in dieser Hinsicht an, die Komplexpauschale zu einer kontaktunabhängigen Finanzierung im Sinne von Capitation weiterzuentwickeln.

47) Zu beachten sind die Beschränkungen wirtschaftlicher Betätigung (allerdings regelmäßig unter Ausnahme des Gesundheits- und Sozialwesens), die Beschränkung der Tätigkeit auf das Gemeinde- bzw. Kreisgebiet, ferner die Einwirkungspflicht der politischen Vertretungsorgane sowie etwaige Vorgaben zur Haftungsminimierung.

48) Dies gilt auch und gerade für den Sachverständigenrat für die Entwicklung im Gesundheitswesen trotz erkannter Notwendigkeit einer örtlichen Verankerung der gesundheitlichen Versorgung: Gutachten (Fußn. 25), Kurzfassung, S. 26, 50, 127, 132. Als Ausnahme vgl. Zamora (Fußn. 15), S. 126.

49) Als Gegenmaßnahme: risikoadjustierte Finanzierung und kontaktabhängige Finanzierungsbestandteile; allerdings besteht die Gefahr, dass im Zuge der Risikoadjustierung die Bemühungen um Prävention ausgehebelt werden.

50) Gegenmaßnahme: Ein Teil der Capitation wird als „pay for performance“ von der nachgewiesenen Versorgungsqualität abhängig gemacht (Qualitätskriterien wie Intensität der Koordinationsarbeit, Einführung von IT-Lösungen und Telemetrie, Etablierung von Qualitätszirkeln, Angebot präventiver Maßnahmen).

51) Der erforderliche Mehrwert integrierter Versorgung gegenüber der Regelversorgung wird vor allem über Skaleneffekte erreichbar sein, die eine gewisse Unternehmensgröße voraussetzen.

unbestritten.⁵² Der Aufbau umfassender integrierter Versorgungsnetze aber steckt noch in den Anfängen⁵³. Die Transaktionskosten und Managementprobleme sind vor allem in der Gründungsphase für viele von geradezu abschreckender Wirkung. Gegenüber indikationsbezogenen Versorgungsmodellen sind die komplexen populationsbezogenen Modelle überdies noch eindeutig in der Minderheit. Genaue Ergebnisse über Qualität und Kosteneinsparungen liegen abgesehen von ersten positiven Einschätzungen der Bundesregierung noch nicht vor.⁵⁴ Ohne die Kommunen aber wird es nicht gehen.

(Wird fortgesetzt.)

52) Rantsch, A.: Quantifizierung regionaler Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Gesundheitswirtschaft – am Beispiel ausgewählter Monopolregionen, 2009; Haß/Richter sowie Fink/Köster, in: Gesundheitsstadt Berlin, Handbuch Gesundheitswirtschaft, 2007, S. 512, 569; Oberender, P.O./Hebborn, A./Zerth, J.: Wachstumsmarkt Gesundheit, 2. Aufl. 2007, S. 176.

53) Ende 2008 waren im Rahmen des § 140 b SGB V insgesamt 6.183 Versorgungsmodelle registriert, im Jahre 2005 waren dies noch 643; eine sektorübergreifende Koordination war nur bei 50 % der Modelle feststellbar; nur 55 Modelle wiesen einen Populationsbezug auf: Gemeinsame Registrierungsstelle – BQS sowie Sachverständigenrat (Fußn. 25), Kurzfassung, S. 24.

54) Dt. Bundestag Drucks. 16/10172 vom 28. August 2008.

Neuerscheinungen

Die soziale Absicherung von Tagespflegepersonen

Von Maren Lode

2010, 388 Seiten, kart., 22,00 €, für Mitglieder des Deutschen Vereins 16,40 €

ISBN 978-3-7841-1954-0

Reihe Jugend und Familie (J 9)

Die Bundesregierung hat sich auf die Fahnen geschrieben, bis 2013 für bundesweit 35 % der Kinder im Alter unter 3 Jahren Betreuungsplätze in Tageseinrichtungen und in Kindertagespflege zu schaffen. Aus diesem Grund wurden durch das Tagesbetreuungsausbaugesetz die Regelungen zur Kindertagespflege neu gefasst mit dem erklärten Ziel, die Kindertagespflege zu einem den Tageseinrichtungen gleichrangigen Angebot aufzuwerten.

Die Neuausrichtung der Kindertagespflege als eigenständiges Berufsfeld bringt für die Personen, die sich in der Kindertagespflege engagieren möchten, eine Vielzahl von Fragestellungen mit sich. So stellt sich unter anderem das Problem, wie eine Tagespflegeperson sozial abgesichert ist. Der Gesetzgeber hat in § 23 SGB VIII einige Regelungen installiert, die dem Umstand der sozialversicherungsrechtlichen Absicherung von Tagespflegepersonen gerecht werden sollen.

Aber: Reicht dieser gesetzliche Vorstoß aus? Dieser zentralen Frage widmet sich die Arbeit von Maren Lode. Die Autorin zeigt vor allem die derzeitige problematische Situation von Tagespflegepersonen auf und gibt Anstöße für eine Weiterentwicklung der rechtlichen Möglichkeiten zur Sicherung einer qualitativ hochwertigen Kindertagespflege. Für alle, die sich mit dem Thema der Kindertagespflege und den Tagespflegepersonen beschäftigen, ein umfassender Berater, der viele Möglichkeiten einer festen Installation der Kindertagespflege im deutschen Kinderbetreuungssystem demonstriert.

Bestellungen für Mitglieder des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. direkt bei:

Cornelsen Verlagskontor, Herrn Thomas Ulber,
Tel. (05 21) 97 19-121, Fax (05 21) 97 19-206,
E-Mail: thomas.ulber@cvk.de

Bestellungen für Nichtmitglieder und den Buchhandel direkt bei:

Lambertus-Verlag GmbH,
Postfach 1026, 79010 Freiburg,
Tel. (07 61) 36825-0, Fax (0761) 368 25-33
E-Mail: info@lambertus.de



Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e.V.
Michaelkirchstraße 17/18, 10179 Berlin
Tel. (030) 629 80-0, Fax (030) 629 80-150
E-Mail: hally@deutscher-verein.de