

Ernst-Wilhelm Luthe

Kommunale Gesundheitslandschaften

Teil 2

3. Die Instrumente

3.1 Gesundheitsberichterstattung

Ziel von Gesundheitsberichterstattung ist die Verbesserung der Zielgenauigkeit gesundheitspolitischer Maßnahmen, die Motivierung von Bürger/innen und Entscheidungsträgern zu verstärktem gesundheitsrelevantem Engagement und die sachgerechte Aufklärung über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung und die verfügbaren Angebote.¹ Ihr Gegenstand ist die Diagnose der epidemiologischen Bedingungen in Relation zur Versorgung der Bevölkerung als empirische Grundlage nachfolgender Ziel- und Maßnahmeplanungen. Die Durchführungsverantwortung kann bei den Gesundheitsministerien, den Krankenkassen, den Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen liegen; in den letzten Jahren ist die Feinsteuerung dieser mittlerweile verpflichtend vorgegebenen Aufgabe als Folge landesrechtlicher Regelung jedoch mehr und mehr auf den Öffentlichen Gesundheitsdienst der kommunalen Gebietskörperschaften übergegangen. Adressaten lokaler Gesundheitsberichterstattung sind vornehmlich kommunale Gesundheits- und Sozialpolitiker, kommunale Fachverwaltungen, Krankenkassen und die örtlich tätigen Leistungserbringer. Gesundheitsberichterstattung lässt sich heute nicht mehr auf dem Niveau einer reinen Medizinalstatistik durchführen. Als Beschreibung aller gesundheitsrelevanten Faktoren einer definierten Region stehen sie vielmehr in engem Zusammenhang mit örtlicher Sozialberichterstattung und städtebaulicher bzw. ökologischer Wohnumfeldplanung. Örtliche Gesundheitsberichterstattung ist in besonderer Weise auf den Datentransfer anderer Institutionen angewiesen,² mit Ausbreitung integrierter Versorgungsformen im Übrigen mehr denn je. Gegenüber epidemiologischen Daten werden vor diesem Hintergrund Erhebungen zur Versorgungsqualität an Bedeutung gewinnen.³



Ernst-Wilhelm Luthe

3.2 Gesundheitsplanung

Gesundheitsplanung ermittelt Ziele und Maßnahmen der Gesundheitsförderung und gesundheitlichen Versorgung unter Berücksichtigung von Entscheidungswegen, Ressourcen und erforderlichen Beteiligungsstrukturen.⁴ War bislang die Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention⁵ Hauptmotiv für entsprechende Planungsaktivitäten, so dürften demgegenüber Planungen im Bereich der ambulanten und stationären Versorgung als Folge integrierter Versorgungsformen unter Mitberücksichtigung erforderlicher Komplementärplanungen⁶ 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. Die Organisation der Planungsvorhaben ist abhängig von der Verwaltungsgröße und ihrer politi-

- 1) Hamburger Projektgruppe: Praxishandbuch Gesundheitsberichterstattung, 2. Aufl. 1998, S. 17; Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung, Endbericht Bd. 1–3, 1990; Bardehle, D./Annuß, R., in: Hurrelmann, K./Laaser, U. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften, 1998, S. 329 ff.
- 2) Vor allem der Krankenkassen bei der Ermittlung der Inanspruchnahme von Vorsorge-maßnahmen und Behandlungsleistungen.
- 3) Allgemein hierzu Glaeske, G. u.a. sowie Pfaff u.a., beides in Gesundheitswesen 2009, 685, 777.
- 4) Schröder, W. F. u.a.: Kommunale Gesundheitsplanung, 1986; Hamburger Projektgruppe: Praxishandbuch Gesundheitsberichterstattung, 2. Aufl. 1998, S. 141.
- 5) Labisch, A. (Hrsg.): Kommunale Gesundheitsförderung, 1989; Amann, G./Wipplinger, R. (Hrsg.): Gesundheitsförderung, 1998; Laaser/Hurrelmann, in: Hurrelmann/Laaser, (Fußn. 1), S. 395.
- 6) Case Management, Gesundheitserziehung in Schule und Betrieb, Vernetzung mit Freiwilligendiensten und Familien, Planung von Gesundheitsimmobilien.

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

schen Gewichtung.⁷ Soweit ersichtlich aber sind umsetzungsfähige Planungsschemata für den Gesundheitsbereich derzeit nicht in Sicht. Man wird sich zumindest in formaler Hinsicht aber zunächst über weite Strecken an bewährten Anleitungen zur Sozialplanung orientieren können.⁸ Überdies existieren eine ganze Reihe allgemeiner Techniken, die planerisches Handeln und das nachfolgende Controlling erleichtern können.⁹

3.3 Gesundheitliches Projektmanagement

Die Planung von Zielen und Maßnahmen ist das eine, ihre Umsetzung in konkreten Projekten das andere. Mangels praxistauglicher Umsetzungskonzepte in Sachen „Gesundheitsprojektentwicklung“ wird man sich auch hier an allgemeinen Vorgaben zu orientieren haben.¹⁰ Projekte können linien- oder stabsförmig, aber auch matrixförmig in den organisatorischen Gesamtrahmen des kommunalen Trägers eingebunden sein.¹¹ Abhängig von den Gegebenheiten vor Ort, weil von verfügbaren personellen Ressourcen und der politischen Gewichtung der Aufgabe abhängig, ist die Bestimmung der für die Projektsteuerung verantwortlichen Organisationseinheit. Hierfür kommen grundsätzlich das örtliche Gesundheitsamt, der Sozialdezernent oder auch die Behördenleitung in Frage, in Gesundheitsnetzwerken zudem eine aus staatlichen und privaten Akteuren gebildete Leitstelle. Inhaltlich sind Projekte das Ergebnis strategischer Planungsziele mit entsprechenden „Leitthemen“. Vorstellbar sind sektoral oder strukturell begrenzte Ansätze, wie etwa der Ausbau eines ambulanten Versorgungsnetzes in bestimmten Indikationsbereichen oder die Fokussierung auf Gesundheitsberatung, ferner zielgruppenspezifische Ansätze der gesundheitlichen Versorgung und Prävention oder schließlich transsektoral ausgerichtete Ansätze der Koordination ambulanter und stationärer Versorgungsformen unter Einbindung unterschiedlicher Berufsgruppen.

3.4 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 auszeich-

nen. Netzwerke sind eine Weiterentwicklung von Kooperationen, haben eine größere Anzahl von Partnern, ein dynamisches Zielverständnis, reflektieren insofern Ziele und entwickeln sie weiter. Sie entscheiden zumeist in Gruppengesprächen und weniger bilateral. In Netzwerken finden zwar Kooperationen statt, sie sind jedoch nicht mit ihnen identisch. Die Eigenart von Netzwerken besteht darin, dass sie Kooperationen als aktivierbare Potenziale vorhalten und diese bei Bedarf stimulieren. Kooperationen treffen Vereinbarungen und überwachen deren Einhaltung selbst. Netzwerke haben im Gegensatz hierzu eine partnerübergreifende Steuerung (etwa in Gestalt einer Leitstelle) und das Netzwerk besitzt gegenüber den Partnern eine eigene Identität. Netzwerke sind insofern mehr als die Summe der in ihnen stattfindenden Kooperationen, sind heterarchisch bzw. polyzentrisch strukturiert, verfügen häufig über eine eigene Rechts- und Organisationsform (bspw. als Verein) und werden als Mesoebene im Allgemeinen zwischen Mikro- und Makroprozessen der Gesellschaft eingeordnet.

Die „List“ von Netzwerken besteht darin, dass sie die Beteiligten zur systematischen Beobachtung der Möglichkeit zwingen, dass ihre Teilnahme durch andere Beteiligte jederzeit ersetzt werden kann. Die Netzwerkbeteiligung ist als systematischer Versuch zu verstehen, dieser Möglichkeit zuvorzukommen.¹² Das eigentliche Mitwirkungsmotiv besteht mithin darin, dass Netzwerkpartner von den Ideen und Kontakten der anderen profitieren, dass ferner genau dieses von Anfang an erwartet wird und die Erwartung sich im weiteren Prozess der Zusammenarbeit selbst bestätigt. Die Kommunikation reziproker Leistungserwartungen ist mithin der eigentliche – „emergente“ – Mehrwert von Netzwerken, der in dieser Weise weder durch den Markt noch durch den Staat vermittelt werden kann. Dies bedeutet auch: Aus politisch gesteuerter Zusammenarbeit kann kein Netzwerk, sondern können nur Kooperationen entstehen. Dies schließt nicht aus, dass sich unter dem Dach eines Verbundsystems Elemente von Kooperationen mit solchen der Vernetzung verbinden und im Übrigen auch verbinden müssen, wenn insbesondere die Kommunalverwaltung als Motor des Gesundheitsgeschehens gesellschaftliche Akteure gewinnen will und dieses mit dem Mittel hoheitlichen Zwangs grundsätzlich nicht erreichen kann.

Gesundheitliche Verbundsysteme sind in kommunalen und privaten Beteiligungsformen denkbar. Während die Stärken der Kommunen vor allem bei den lokalen Bedingungen der Gesunderhaltung zum Tragen kommen, liegen diese bei den Privaten in erster Linie in der Beschaffung von Kapital und Know-how für die originär medizinischen Versorgungsstrukturen. Für den Aufbau von Kooperationen und Netzwerken spielt der Netzwerkmanager die zentrale Rolle. Diesem sollte jedoch eine Leitstelle als Impulsgeber, Koordinierungsinstanz und Haushaltsverant-

7) Varianten: Planer oder Planungsbeauftragter im Fachamt, Planungsgruppe im Fachamt oder direkt beim Sozialdezernenten, eigenes Sachgebiet oder Abteilung, ämterübergreifende Planungsgruppe bei der Verwaltungsspritze.

8) Luthe, E.-W.: Kommunale Bildungslandschaften, 2009, S. 106–117, 120–127.

9) Luthe (Fußn. 8), S. 101 f., 133 f.

10) Kolhoff: Projektmanagement, 2004.

11) Vahs: Organisation, 4. Aufl. 2004, S. 188; Luthe (Fußn. 8), S. 109.

12) Baecker: Organisation als System 1999, S. 189.

wortlicher übergeordnet sein, in der die Repräsentanten der Netzwerkteiligen vertreten sind. Zusätzlich können weitere Gremien zur Planung netzwerkübergreifender Projektthemen, ferner einzelne Projektgruppen und zusätzliche Unterstützungssysteme etwa für netzwerkübergreifendes Qualitätsmanagement eingerichtet werden. Im Zentrum derartiger Aktivitäten steht die Errichtung einer zentralen, ggf. von öffentlicher und privater Seite getragenen Gesundheitsagentur als Ort der Patienten- bzw. Bürgerintegration und des Netzwerkmanagements. Denkbare Aufgaben sind hier: niedrigschwellige Gesundheitsberatung, Transparentmachen der örtlichen Angebotsstrukturen, Gatekeeping, organisationsübergreifendes Case Management, Entwicklung organisationsinterner oder sektorübergreifender Behandlungspfade, Koordination von Sozial-, Bildungs- und Gesundheitsplanung, Aufbereitung von Ergebnissen der Gesundheitsberichterstattung für Leistungserbringergruppen, Entwicklung eines kommunalen Gesundheitsprofils, Marketing des Gesundheitsnetzes,¹³ Qualitätsmanagement unter Gesichtspunkten von Behandlungsevidenz und effizienter Behandlungsorganisation, nicht zuletzt die Steuerung des Netzwerkes selbst.

Im Rahmen der *Beteiligungsstrukturen* sind als staatliche Institutionen von Bedeutung: Krankenversicherungen,¹⁴ Kassenärztliche Vereinigungen,¹⁵ Pflegekassen,¹⁶ Gesundheitsämter,¹⁷ Ämter im Bereich kommunaler Daseinsvorsorge,¹⁸ Jugendamt,¹⁹ Sozialamt,²⁰ Grundsicherungsbehörden und Arbeitsagenturen,²¹ Schulen,²² Rehabilitationsträger²³ und Gemeinsame Servicestellen, sozialpsychiatrische Dienste, Umweltbehörden²⁴ und Planungsämter.²⁵ Auf privater Seite sind zu nennen: die maßgeblichen Leistungserbringer und ihre Verbände, die Freie Wohlfahrtspflege,²⁶ Arbeitgeber,²⁷ öffentliche und private Immobilienwirtschaft,²⁸ Unternehmen der Gesundheitswirtschaft²⁹ sowie Patienten-, Behinderten- und Selbsthilfeorganisationen.³⁰

3.5 Qualitätsmanagement

In kommunalen Gesundheitslandschaften stellt sich die Qualitätsfrage in mehreren Hinsichten. Sie kann ansetzen 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).

Qualitätskriterien zur *Kooperationsqualität*³¹ können sein:

- die Vernetzungsquote: Verhältnis der mitwirkenden Partner zu potenziellen Partnern,
- das Kooperationspektrum: je nach Zielvorgabe die Heterogenität oder Homogenität der Partner,

- das Leistungsspektrum und Leistungsniveau: Quantität und Qualität der Angebote,
- das erreichte Nachhaltigkeitsniveau: Dauerhaftigkeit der Netzwerkbeziehungen und Selbstfinanzierungsquote des Netzwerkes,
- die Zufriedenheit der Nutzer/innen und politisch relevanter Akteure mit den Ergebnissen der Zusammenarbeit,
- die mittelfristigen Ergebnisse der Zusammenarbeit: Ausgaben für die Ausbildung und Weiterbildung, Anteil sozial Benachteiligter an Gesundheitsförderung, Anteil der in Versorgungsnetzen und DMPs eingeschriebenen Patient/innen, Verbreiterung der Angebotspalette, Ausgleich von Unter- und Überversorgung, IT-Vernetzung der Anbieter, Erhöhung der Angebotstransparenz, Akquisition von Fördermitteln, Optimierung von Behandlungen und Koordinationsprozessen, Einführung von Modellvorhaben,
- die langfristigen Ergebnisse der Zusammenarbeit: epidemiologische Entwicklung in Bezug auf Lebensqualität und klinische Parameter, Kostenentwicklung in den Gesundheitsbereichen, Einfluss auf das lokale Wirtschaftsgeschehen, sozialpolitische Resultate.

Qualitätskriterien zur *Anbieterqualität* können sein:

- die Kompetenz des Anbieters bei Vermittlung von Patient/innen in weiterführende Angebote,
- die wissenschaftliche Reputation des Anbieters,
- die Investitionen der Anbieter in Personal, Raumausstattung und Medizinprodukte,
- das Angebotspektrum und seine Transparenz,

13) Antwerpes, in: Hellmann/Eble: Gesundheitsnetzwerke managen, 2009, S. 321.

14) Stichworte: Vertragspartner der Leistungserbringer, Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, Integrierte Versorgung.

15) Stichwort: Sicherstellungsauftrag, Bedarfsplanung der vertragsärztlichen Versorgung, Vertragspartner der Leistungserbringer.

16) Stichworte: Pflegestützpunkte, Infrastrukturförderung von Diensten und Einrichtungen, „Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen“, Pflegeberatung, Integrierte Versorgung.

17) Stichworte: Gesundheitsberichterstattung, Infektionsschutz und Seuchenrecht.

18) Stichworte: Sicherstellungsauftrag für das Krankenhauswesen, Notdienste, Rettungswesen, Seniorenbetreuung, Einräumung von Fahrdiensten/zentralen Versorgungspraxen/Investitionsbeihilfen/Umsatzgarantien in unterversorgten Regionen.

19) Stichworte: Jugendsozialarbeit, Erzieherischer Kinder- und Jugendschutz, Schutzauftrag nach § 8 a SGB VIII, Erziehungsberatung und Familienbildung, Jugendhilfeplanung.

20) Stichworte: Pflege- und Eingliederungshilfe, Altenhilfe, Hilfen zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten.

21) Stichwort: Eingliederungsmanagement nach §§ 14 ff. SGB II, Grundsicherungsbehörden als Sammelbecken von Risikogruppen.

22) Stichwort: Gesundheitserziehung; hierzu Becker u.a. sowie Wolfram u.a., beide in Kirch u.a.: Prävention und Versorgungsforschung, 2008, S. 235.

23) Stichworte: Verpflichtung zur Qualitätssicherung und Entwicklung wohnortnaher Angebote.

24) Stichwort: Umweltverträglichkeitsprüfung.

25) Stadtentwicklungsplanung, Wohnumfeldplanung.

26) Als Träger eigener Gesundheitseinrichtungen und Impulsgeber für bürgerschaftliches gesundheitliches Engagement.

27) Stichworte: Integrationsmanagement, Gesunderhaltung älterer Arbeitnehmer/innen, Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz.

28) Stichworte: Alten- bzw. behindertengerechtes Wohnen und Versorgungsmix, Subventionen (KfW-Förderung), Ärztehäuser und sonstige Gesundheitsimmobilien, Wohninfrastruktur für Ärzte.

29) Stichworte: Gesundheitswirtschaft und kommunale Wirtschaftsförderung, Wertschöpfungsketten, High-Tech- und Bio-Medizin, Wellness und Lifestyle, Pharmaunternehmen.

30) Stichworte: Gesundheitskonferenzen, Präventionsräte, Freiwilligenagenturen, auch Sportvereine; hierzu Badura/Hart: Bürgerorientierung des Gesundheitswesens, 1999.

31) Die Evaluation von Kosteneinsparungen und Qualitätssteigerungen in Bezug auf Versorgungsnetze steckt jedoch noch in den Anfängen: Braun u.a.: Evaluation vernetzter Versorgungsstrukturen, *Gesundh ökon Qual manag* 13, 1–7, 2008.

- die Managementkompetenz des Anbieters,
- die Ausstattung mit EDV,
- die Aussagefähigkeit von Zertifizierungen und Zeugnissen,
- die Ertragssituation und Kostenstruktur,
- die Angemessenheit der Behandlungs- und Betreuungskosten,
- die Anwendung eines Qualitätssicherungssystems.

Bei den Qualitätskriterien zur Angebotsqualität sind allgemeine Qualitätskriterien in Gestalt evidenzbasierter und sonstiger Behandlungs- und Patientenleitlinien, einschlägiger Nutzenbewertungen von Arzneimitteln sowie organisationsbezogener Versorgungsleitlinien zahlreich verfügbar.³² Unter Präventionsaspekten dürfte die Datenlage angesichts unzureichender Verknüpfung mit den epidemiologischen und infrastrukturellen Gegebenheiten vor Ort aber nicht zufriedenstellend sein.

„Was – wie – wofür – mit welcher Aussagekraft“ insbesondere im Hinblick auf Organisationszusammenhänge in seiner Qualität gemessen wird, ist im Wesentlichen eine Frage vorheriger Definition, die entweder im Rahmen gängiger „Selbstevaluation“ durch den Anbieter selbst, von einer externen Instanz oder im Konsens zwischen beiden Beteiligten getroffen werden muss. Vieles bemisst sich weniger am Produkt, sondern an der Strukturiertheit der zum Produkt hinführenden Verfahren und Organisationsweisen im Sinne eines „kontinuierlichen Verbesserungsprozesses“. Erfolgsdefinitionen wie etwa „Lebensqualität“ oder „Beschäftigungsfähigkeit“ sind jedoch kaum operationalisierbar, diesbezüglich feststellbare Veränderungen auf die gesundheitlichen Interventionen nie eindeutig zurückzuführen. Qualitätskonzepte bringen mithin keine objektiven Gewissheiten. Benchmarking, Balanced Scorecard, EFQM oder die „ISO-Familie“³³ sind in erster Linie als Hilfsmittel und Katalysatoren von Klärungsprozessen zu verstehen, welche die Entscheidungsrisiken angesichts unvermeidbarer Prognoseunsicherheit und Wertgebundenheit der Perspektiven nicht ersetzen, sondern im Wesentlichen nur transparent machen können. Methoden des Qualitätsmanagements sind deshalb nur Optionen, unter denen nach Bedarf ausgewählt werden muss und die weiterer Anpassung an die jeweiligen Kontroll- und Entwicklungsziele der um Qualität bemühten Organisationen bedürfen.

3.6 Case Management

Case Management als personenzentrierte Steuerung von Behandlungs- und Betreuungsvorgängen ist in seiner grundlegenden Ablauforganisation von universeller Bedeutung.³⁴ Die jeweiligen Einsatzbereiche aber erfordern weitere Differenzierungen. Der Krankenhausbereich etwa sieht sich unter dem Einfluss von DRGs und Komplexpauschalen zu einem rationellen Durchlauf von Patient/innen im Rahmen genauestens auszutarierender Behandlungspfade gezwungen.³⁵ In der sektorübergreifenden Koordination von stationärer und ambulanter oder von medizinischer und rehabilitativer Behandlung sind problematische Schnittstellen zu bewältigen,³⁶ künftig vor allem mit Hilfe

einer komplexen Telematikinfrastruktur.³⁷ Zwischen Jugendamt, psychiatrischer Versorgung und Schule sind Beteiligte unterschiedlicher Fachdisziplinen zusammenzubringen. 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. Eine vergleichsweise ausgeprägte telemetrische Vernetzung ermöglicht hierbei ein Optimum an Kontrolle aller fallbezogenen Behandlungsschritte für alle Mitwirkenden. Gesundheitliches Case Management ist als Methode der Bedarfsfeststellung, Leistungscoordination und Erfolgsüberprüfung in vielen Bereichen des Sozialrechts mittlerweile fest verankert, teils mit dem Ziel direkter Einwirkung auf das gesundheitliche Geschehen (§ 11 Abs. 4 SGB V, §§ 11 ff. SGB IX, § 7a SGB XI), teils indirekt als „Mittel zum Zweck“ anderer, etwa arbeitsmarktpolitischer, erzieherischer oder sozialintegrativer Aufgaben (§ 15 SGB II, § 35 Abs. 4 SGB III, § 36 Abs. 2 SGB VIII; § 12 SGB XII).³⁸

4. Die kommunale Verantwortung

4.1 Grundlagen

Der Stellenwert von Gesundheitspolitik als Bestandteil der kommunalen Selbstverwaltungsgarantie ist weithin ungeklärt. Die Funktion kommunaler Selbstverwaltung besteht einerseits in den verwaltungspraktischen Vorteilen einer dezentralen Aufgabenwahrnehmung und andererseits in der Verbesserung der Bürgermitwirkung an der politischen Gestaltung. Selbstverwaltung hat daher eine wichtige Bedeutung für den Aufbau der Demokratie von unten nach oben, indem den Bürger/innen eine wirksame Teilnahme an den „Angelegenheiten ihrer örtlichen Gemeinschaft“ (Art. 28 Abs. 2 GG) ermöglicht werden soll.³⁹ Das Sozialstaatsprinzip aber weist die Richtung: Die sozialstaatliche Gebundenheit des Bundesstaates (Art. 28 Abs. 1 GG) setzt sich länderinkorporiert nach unten auf der kommunalen Ebene fort. Kommunale Politik ist insofern dazu aufgeru-

32) U.a. die Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung, das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin.

33) Hierzu im Überblick Luthé (Fußn. 8), S. 103, 138, 140 f., 146, 156 sowie Greulich: Balanced Scorecard im Krankenhaus, 2. Aufl. 2005.

34) Zu den Kernelementen: Luthé (Fußn. 8), S. 168.

35) Greiling/Dudek: Schnittstellenmanagement in der Integrierten Versorgung, 2009, S. 36, 68; Hellmann, in: Hellmann/Eble: Gesundheitsnetzwerke managen, 2009, S. 89.

36) Herrmann, in: Eichhorn/Schmidt-Rettig (Hrsg.): Chancen und Risiken von Managed Care, 1998, S. 364.

37) Pitschas: NZS 2009, S. 177.

38) Sind gesundheitliche Probleme ein Eingliederungshemmnis, so können entsprechende Maßnahmen bspw. in der Eingliederungsvereinbarung nach § 15 SGB II zugrunde gelegt werden.

39) BVerfGE 79, 149; ferner Henneke: DVBl. 2007, 1253.

fen, „im Wirkungsbereich der kommunalen Zuständigkeiten das soziale Staatsziel selbstständig, d.h. eigenverantwortlich und innovativ zu erfüllen“⁴⁰. Dies ist maßgeblicher Konstitutionsgrund auch für eine kommunale Gesundheitsverantwortung, wie sie als Daseinsvorsorge den Gemeinden im Bereich der Senioren, behinderten Menschen, der Kinder bzw. Jugendlichen und des öffentlichen Gesundheitsdienstes ohnehin seit je mitgegeben ist. Die Kommunen sind in Angelegenheiten ihrer örtlichen Gemeinschaft berechtigt, sich aller örtlich radizierten Angelegenheiten ohne besonderen Kompetenztitel anzunehmen,⁴¹ soweit sie nicht durch Gesetz bereits anderen Trägern öffentlicher Verwaltung übertragen sind. Die Aufgabengarantie zielt vorrangig auf die Gemeinden, bei genauer Betrachtung aber auch auf die Landkreise und ihre Ausgleichs- und Ergänzungsfunktion bzw. ihre durch Landesrecht erworbene Zuständigkeit für die überörtlichen Aufgaben etwa der Sozial- und Jugendhilfe oder der Krankenhaussträgerschaft.

4.2 Gesundheit als Aufgabe der kommunalen Selbstverwaltungsgarantie

Kann Gesundheit ein Zentralwert der kommunalen Ebene sein? Spricht etwas dagegen, das Gesundheitsthema jenseits fest gefügter Bundes- und Landeszuständigkeiten in die sog. Allzuständigkeit kommunaler Träger fallen zu lassen, insoweit diese Schritte in diese Richtung unternehmen? Kann es darüber hinaus den Landkreisen im Rahmen ihres Rechts auf eigenverantwortliche Aufgabenwahrnehmung verwehrt sein, eine koordinierende Zuständigkeit für Gesundheitsfragen zu beanspruchen, um auf diese Weise ihre bereits bestehenden gesundheitlichen Aufgaben effektiv wahrnehmen zu können? Gegenüber den skizzierten Dezentralisierungstrends sind allerdings fest gefügte Kompetenzen von Bund und Ländern, vor allem jedoch der Sozialversicherungen, in Rechnung zu stellen, die es zunächst als fraglich erscheinen lassen, Gesundheitsbelange als Angelegenheit kommunaler Selbstverwaltung unter Verfassungsschutz zu stellen.

Die Eigenart einer kommunalen Gesundheitsverantwortung ergibt sich in erster Linie nicht aus einem gewachsenen Bestand konkreter Gesundheitsaufgaben, sondern maßgeblich aus einer neuartigen Strukturverantwortung für die gesundheitlichen Kontextbedingungen vor Ort. Die Kommune ist neben eigener Gesundheitsaufgaben gleichsam Kulminationspunkt für Gesundheitsangebote unterschiedlicher staatlicher Träger, die allesamt vor Ort zusammenlaufen und trotz divergierender Zuständigkeiten unter dem Blickwinkel des Gemeindegürgers als Nutznießer dieser Leistungen eine Einheit darstellen. Die Realität der gesundheitlichen Versorgung findet in dieser Weise nicht in zentralstaatlichen Zusammenhängen, sondern im sozialen Nahraum der Gemeindegürgers/innen statt. Komplettiert wird das Bild jedoch erst durch die komplexen Wechselwirkungen von Gesundheit, Sozialintegration und Bildungsniveau. Die hieraus hervorgehenden Aufgaben der Koordination, Planung und Aktivierung können letztlich nur „vor Ort“, in kommunaler Verantwortung und in enger Zusammenarbeit mit den ortsansässigen Leistungserbringern und Verwaltungsträgern wahrgenommen werden. Die Zentral-

ebene verfügt weder über die Kompetenz noch über die sachlichen Möglichkeiten, Gesundheit zu einem Thema lokaler und regionaler Sozialräume zu machen, die verfügbaren Gesundheitsangebote aufeinander abzustimmen, Erziehungseinrichtungen mit gesundheitsförderlichen Diensten zusammenzuführen, geschweige denn, mittels gezielter Information und Beratung für ausreichende Transparenz der lokalen Angebotsstruktur zu sorgen und Familien als Bezugspunkte von Gesundheitsförderung so zum Thema zu machen, dass sämtliche Milieus hiermit auch erreicht werden. Nur die kommunale Ebene kann im Zuge einer stetig zusammenwachsenden Gesundheits- und Sozialpolitik Gesundheit zu einem Gegenstand einer integrierten örtlichen Sozial- und Gesundheitsplanung machen und nicht zuletzt das zivilgesellschaftliche Engagement für Gesundheitszwecke mobilisieren.

Bedeutet Selbstverwaltung gerade auch, dass ein „wirksames Mitspracherecht der Betroffenen geschaffen und verwaltungsexterner Sachverstand aktiviert“ wird,⁴² die Bürger/innen mithin aktiv an der Selbstverwaltung beteiligt werden sollen, so ist der Gesundheitsbereich einer derjenigen Gestaltungsräume, wo die partizipationspolitische Intention der Selbstverwaltungsidee ihren deutlichsten Ausdruck findet, weil gesundheitliche Erfordernisse die soziale Befindlichkeit der Bürger/innen unmittelbar berühren und lebenslang begleiten. Die gesetzliche Aufgabenverteilung trägt zwar die Tendenz zur immer großräumigeren Organisation und stetigen „Hochkonzentration“ von Aufgaben in sich und erfolgt damit grundsätzlich im Spannungsverhältnis zwischen Verwaltungseffizienz und Bürgernähe.⁴³ Im Gesundheitsbereich bestärkt dies gemessen an heutigen Erfordernissen aber eher den Gedanken einer Aufgabendezentralisierung, mögen für andere Politikbereiche auch gegenteilige Erfahrungen vorherrschen. Nur die kommunale Ebene kann einem ganzheitlichen Gesundheitsverständnis gerecht werden und ist selbst mit ihren Einwohner/innen vom Gelingen eines solchen Ansatzes essenziell abhängig. Gesundheitsbelange gehören damit zu denjenigen „Bedürfnissen und Interessen, die in der örtlichen Gemeinschaft wurzeln, die also den Gemeindeeinwohnern gerade als solchen gemeinsam sind, indem sie das Zusammenleben und -wohnen in der Gemeinde betreffen“.⁴⁴

Hieraus ergeben sich einige wesentliche Konsequenzen: Auch Bund und Land dürfen auf das Gesundheitsniveau der Bevölkerung fördernd einwirken und tun dies mit einer Vielzahl von Initiativen und Programmen. Verfassungsrechtlich bedenklich ist jedoch, wenn diese Programme ohne Beteiligung der kommunalen Ebene geplant und durchgeführt werden. Dies schadet der Verfassungsidee kommunaler Selbstverwaltung, insofern den Gebietskörperschaften hiermit die Möglichkeit der Einflussnahme auf einen der wesentlichen Integrationswerte ihrer örtlichen Gemeinschaft genommen wird. Bei zentral verwalteten Vorhaben dieser Art wird man deshalb davon ausgehen

40) Pitschas: SGB 2009, 253.

41) BVerfG vom 23. November 1988 – 2 BvR 1619/83; Hennecke: Der Landkreis 2008, 172.

42) BVerfGE 107, 59, 92.

43) BVerfG vom 23. November 1988 – 2 BvR 1619/83.

44) BVerfGE 79, 151.

müssen, dass der kommunalen Ebene entsprechende *Anhörungs- und Beteiligungsrechte* bei allen gesundheitsrelevanten Planungsvorhaben von Bund, Ländern und Sozialversicherungen einzuräumen sind, die durch Verfassung oder Gesetz nicht ausdrücklich und vollständig anderen Verwaltungsträgern als den Kommunen zugewiesen sind. Grundsätzlich wird man ferner von einer *Abwägungspflicht* der staatlichen Zentralinstanz mit kommunalen Gesundheitsbelangen auszugehen haben bei allen Gesetzesvorhaben, Planungen und Förderprogrammen mit Auswirkungen auf das örtliche Gesundheitsgeschehen. Das Gewicht der kommunalen Gesundheitsbelange ist in der fremden Fachplanung dabei umso größer, je stärker sich der örtliche Bezug verdichtet und bereits bestehende Gesundheitsplanungen der Kommunen beeinträchtigt werden können.⁴⁵ Nicht nur den Gemeinden, auch den *Landkreisen* müssen im Übrigen in ausreichender Weise Selbstverwaltungsaufgaben „von Gewicht“ verbleiben,⁴⁶ auch und vor allem im Hinblick auf Erfordernisse überörtlicher Planung und Vernetzung lokaler Gesundheitsangebote. Und nicht nur das Verbleiben von Selbstverwaltungsaufgaben, auch die Möglichkeit ihrer Ausweitung rückt unter Berücksichtigung der prinzipiellen Wandelbarkeit des Aufgabenbestandes in Reichweite.⁴⁷

Generell muss daher zugunsten der örtlichen Ebene gelten: Immer dort, wo die gesamtstaatliche Gesundheitskompetenzordnung Lücken und Wertungsspielräume aufweist, sind diese im Sinne eines *Vorrangs für die kommunale Gesundheitsebene* auszufüllen.⁴⁸ Dies folgt bereits aus verfassungsrechtlichen Anforderungen an den Staatsaufbau, erst recht aber aus der besonderen kommunalen Nähe zur Gesundheit ihrer Bürger/innen. So dürfen Gesundheitsaufgaben der kommunalen Ebene nicht einfach entzogen werden, wenn diese Aufgabe in der Hand der Kommunen durch vermehrte Finanzzuweisungen oder zweckdienlichere Organisationsstrukturen gesichert werden kann. Dies betrifft auch das Verhältnis zwischen örtlicher Gemeinde- und überörtlicher Ebene der Landkreise im Sinne einer *Vermutung für die ortsnahe Verankerung der Aufgabe*, ohne dass hiermit jedoch ausgeschlossen wäre, dass die Gemeinden Aufgaben freiwillig an den Kreis abtreten. Indes sprechen gerade die überörtlichen Anteile gesundheitsbezogener Infrastrukturentwicklung und die landesgesetzlich verankerte Ausgleichs- und Ergänzungsfunktion der Landkreise für diejenigen örtlichen Angelegenheiten, mit deren Wahrnehmung einzelne Gemeinden fachlich überfordert wären, für die vorrangige Verankerung solcher Aufgaben auf Landkreisebene. Allerdings bleibt es den Gemeinden unbenommen, umfangreiche Gesundheitsaufgaben auch ohne die Landkreise durch Bildung gemeinsamer Zweckverbände oder im Rahmen sonstiger gemeindlicher Kooperationen wahrzunehmen. Die *Finanzausstattung* der Kommunen⁴⁹ liegt innerhalb der durch das Grundgesetz und die Landesverfassungen gezogenen Grenzen zwar weithin im Ermessen des Landes,⁵⁰ das in dieser Hinsicht auch auf seine Finanzkraft Rücksicht nehmen darf. Hierbei können die für Gesundheitsaufgaben erforderlichen Ausgaben jedoch nicht unberücksichtigt bleiben, was immer dies für die Verpflichtung des Gesetzgebers zur Erschließung neuer kommunaler Steuer-

quellen oder beim allgemeinen Finanzausgleich im Konkreten bedeutet. Auf keinen Fall aber darf es den Kommunen unmöglich gemacht werden, freiwillige Selbstverwaltungsangelegenheiten wahrzunehmen,⁵¹ zu denen zum Teil, insofern sie nicht bereits durch Gesetz als eigene Aufgaben zugewiesen sind, nach dem Gesagten auch Gesundheitsaufgaben gehören. Kosten der Koordinierung, der Vernetzung, der Förderung von Projekten und der Bereitstellung von Gesundheitspersonal sind somit durch die Länder unter dem Erfordernis einer zu eigenverantwortlicher kommunaler Aufgabenerfüllung ausreichenden Finanzausstattung grundsätzlich in Rechnung zu stellen.⁵²

5. Ausblick

Bereits heute finden sich auf kommunaler Ebene vielversprechende Ansätze auf dem Weg zu einer Gesundheitslandschaft. Diese sind ein guter Anfang, aber auch nicht mehr. Denn bislang ist das Zusammenwirken der Institutionen insgesamt auf einen zu engen Radius begrenzt: Durch die Konzentration auf singuläre Bereiche wie etwa Ernährungsberatung, Schulgesundheit oder Gesundheitsförderung bei Migrant/innen werden die Potenziale einer Gesundheitslandschaft nicht annähernd genutzt. Das Gesundheitsthema scheint auf regionaler und lokaler Ebene derzeit eher eine Domäne von Expert/innen und Fachverwaltungen zu sein, als Thema des kommunalpolitischen Meinungswettbewerbs aber ist es vermutlich noch ausbaufähig. Hier aber liegen die eigentlichen Antriebskräfte für Reformen im größeren Maßstab. Mit der Politik vor Ort steht und fällt das Konzept. Der Aufbau kommunaler Gesundheitslandschaften und erst recht der Gedanke einer integrierten kommunalen Strukturentwicklung im Bereich des Sozial-, Gesundheits- und Bildungswesens trägt angesichts der sich stellenden Herausforderungen zweifelsohne visionäre Züge. Warum also sollte man derartige Zumutungen auf sich nehmen? Die Hoffnungen auf Effizienzgewinne sind nicht unbegründet. Nur versprechen kann dies derzeit niemand. Die Gründe liegen denn auch eher im Grundsätzlichen. Es geht um „Prozesse nahe am Menschen“, um deren Mitwirkung hieran und um die hierfür erforderlichen demokratischen Verfahrensweisen. Die üblichen Beteiligungs- und Kontrollformen von Bund, Ländern und Sozialversicherungen sind hierfür zu intransparent und problemfern. Umfeldbezogene Interventionen des Staates mit aktivierender Stoßrichtung, um die es hier geht, sind unserem Staatsverständnis nach als typische Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft primär der kommunalen Selbstverwaltung vorbehalten.

45) BVerwGE 81, 95, 106; 84, 209, 215; 90, 97, 100.

46) BVerfG vom 20. Dezember 2007 – 2 BvR 2433/04 sowie BVerfGE 83, 363, 383.

47) BVerfGE 83, 363, 383.

48) Zum verfassungsrechtlichen Vorrang dezentraler kommunaler Aufgabenwahrnehmung: BVerfGE 83, 363, 383.

49) Zur finanziellen Mindestausstattung vgl. BayVerfGH, NVwZ-RR 1997, 301, 303; Brandenb. VerfG, NVwZ-RR 2000, 129, 134: hier deutlich als subjektive Rechtsposition.

50) Zum Gedanken einer gleichmäßigen Verteilung von Finanzlasten zwischen Land und Gemeinden vgl. indes Nds. StGH, DVBl. 1995, 1175.

51) Dreier, in: ders.: GG-Komm., Art. 28 Rdnr. 156.

52) M.w.N. Nierhaus, in: Sachs: GG-Komm., Art. 28 Rdnr. 84.