

1. Kommunale Gesundheitslandschaften – Bausteine und Perspektiven

Ernst-Wilhelm Luthe

Warum «kommunale Gesundheitslandschaften»

Über Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention ist viel geschrieben worden. An sich ist alles gesagt, könnte man meinen. Auch an Kampagnen mangelte es nicht – die Ottawa-Konferenz der WHO als Mutter aller Konferenzen klingelt noch immer in den Ohren. Ob seitdem viel passiert ist, mag der sachkundige Leser selbst entscheiden. Man wird aber wohl sagen können: für die politische Öffentlichkeit ist das Thema nicht eben spannend. Ungleich wichtiger für den Einzelnen als die weithin epidemiologischen, oft technokratisch anmutenden, überdies methodisch anzweifelbaren Erfolgsmeldungen von Public Health (Novak 1998) sind angesichts ihres klaren Individualbezuges naturgemäß die medizinischen Behandlungsleistungen (Rose 1985). Warum zu allem Überfluss also auch noch «kommunale Gesundheitslandschaften»?

Auffallend ist, dass der Begriff der kommunalen Gesundheitslandschaft politisch relativ schnell aufgegriffen wurde – von Niedersachsen («Zukunftsregionen Gesundheit – kommunale Gesundheitslandschaften») bereits drei Monate nach seinem erstmaligen Auftauchen in der Fachwelt (Luthe 2010), kurze Zeit später auch durch einzelne Kommunen, die gleichsam aus dem Stand und ganz aus eigenem Antrieb eine kommunale Gesundheitslandschaft sein oder zumindest entwickeln wollten. Zweifelsohne aber handelt es sich um Einzelbeispiele. Eine wirkliche Trendwende hat es bislang nicht gegeben. Wie auch?

Wenn man der kommunalen Gesundheitslandschaft gleichwohl eine Bedeutung geben will, die über das übliche Schicksal einer gesundheitspolitischen Eintagsfliege hinausweist, so dürfte man dies auf folgende Umstände zurückführen können:

Thematische Synergien zwischen Gesundheitsförderung und Versorgungsplanung

Veränderungen brauchen Themen mit Signalwirkung. Hierfür reicht es nicht, im Geiste der Ottawa-Resolution nur auf Gesundheitsförderung zu setzen. Nicht die Kontextbedingungen von Gesundheit sorgen derzeit für Zündstoff, sondern die lokalen Versorgungsstrukturen mit den allseits bekannten und vor allem in die Zukunft weisenden Versorgungsempässen. Für sich allein wird das salutogene Paradigma, auch wenn es sich mehr und mehr mit strukturpolitischen Ideen verbindet (z. B. Geene 2009; Teichert-Barthel 2013; kaum Neues dagegen vom Deutschen Landkreistag 2013), vermutlich nicht die notwendige Strahlkraft aufbringen können, die es braucht, um als Thema in der Öffentlichkeit überhaupt wahrgenommen zu werden. Ob dies, wie in den Beiträgen des gleichnamigen Sammelbandes geschehen, bspw. unter der Leuchtschrift einer kommunalen Gesundheitslandschaft (Luthe 2013) gelingen kann, die neben dem gesundheitlichen Kontext eben auch die organisatorischen und politischen Bedingungen thematisiert, bleibt abzuwarten.

Relevanzstrukturen ausbauen durch Organisationskommunikation

Bei den Gesundheitslandschaften wird in der grundsätzlichen Herangehensweise im Vergleich zu epidemiologisch verengten Ansätzen ein anderer Weg beschritten. Fast durchgehend wird – im Fokus eines dezentral zu verortenden Versorgungssystems – die Frage der Organisation mitbehandelt: «von der kommunalen Verantwortung über staatsebenen-, träger- und sektorenübergreifende Versorgungsnetze bis zum Gemeinsamen Bundesausschuss», könnte man zugespitzt formulieren. Organisationen sorgen dafür, dass chaotisch flutende Kommunikationsströme der Gesellschaft mit Bindungswirkungen ausgestattet werden können. Sie machen den Gesundheitssektor als gesellschaftliches Funktionssystem sozial «adressabel» und schaffen dadurch, dass in der Organisationsperspektive jedwedes gesundheitliche Phänomen als zurechenbare «Entscheidung» behandelt werden kann, sich selbst generierende Verantwortlichkeiten, die selbst das bislang Unentschiedene noch unter Kontrolle halten müssen (Fuchs 2012; Fuchs 2006). Die aktuell große Bedeutung der Versorgungsforschung speist sich aus eben dieser Quelle. Mit anderen Worten: Gesundheitsförderung ohne ausreichende Einbindung in ein sich selbst reproduzierendes Netzwerk von Organisationskommunikation verkümmert zu einem ephemeren Phänomen. Dass allein aus einer literarischen Erörterung noch keine Organisationskultur erwächst, versteht sich. Aber sie ist ein Anfang.

Chancen für den politischen Meinungskampf erkennen

Kommunalpolitik ist im Bereich der gesundheitlichen Versorgung ohne Stimme und ohne Einfluss. Gesundheitspolitik in Deutschland ist im Kern zentralistisch. Die Player sind Krankenkassen, Gemeinsamer Bundesausschuss, die relevanten Spitzenverbände auf Angebots- und Nachfrageseite und (allenfalls noch) die an der Bedarfsplanung beteiligten Landesministerien.

Kommunale Gesundheitslandschaften plädieren dagegen für Reformen im Bereich der Staatsorganisation und Staatsfinanzierung mit dem Ziel einer gesteigerten Verantwortung der Kommunalpolitik für das gesundheitliche Geschehen vor Ort. Damit wird es zu einem mobilisierbaren Thema im politischen Meinungswettbewerb.

Chancen für die Kommunen aufzeigen

Kommunale Gesundheitslandschaften verdeutlichen Chancen für die Kommunen. Hierbei ist nicht zuletzt die Einnahmeseite zu diskutieren. Gemeint sind bspw. Formen strukturpolitischer Clusterbildung wie in Nordrhein-Westfalen, wo die Gesundheitswirtschaft gezielt als Motor der Regionalentwicklung instrumentalisiert wird (Gesundheitsindustrie und Gesundheitstourismus). Denkbar sind zudem Möglichkeiten profitabler Beteiligung von Kommunen an den im SGB V bereits heute schon geregelten integrierten Versorgungsnetzen (vor allem nach § 140 b SGB V). Nicht zu vernachlässigen die Positiveffekte eines guten Präventions- und Versorgungsangebotes für die lokale Wirtschaft, auch vor dem Hintergrund der Herausforderungen einer verlängerten Lebensarbeitszeit. Schließlich nicht zu vergessen die in ihrer Bedeutung leicht unterschätzten Wirkungen betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen; hier schlummern Potenziale, die erst mit der Einbindung in eine kommunal verantwortete Gesundheitsinfrastruktur voll zur Geltung gebracht werden können.

Lebensqualität als dezentrales Thema begreifen

Von größter Bedeutung erscheint die Rolle der Kommunen in der gesundheitspolitischen Diskussion des politisch immer noch tabuisierten Dreiklangs von «Rationalisierung/Rationierung/Lebensqualität». Wenn es stimmt, dass der gesundheitliche Nutzen rein medizinischer Maßnahmen mit höherem Wohlstandsniveau kontinuierlich abnimmt und präventive Maßnahmen

für den Gesundheitszustand und die Lebensqualität der Bevölkerung zumindest objektiv (nicht unbedingt in der öffentlichen Wahrnehmung) an Bedeutung gewinnen (Huster 2012, S. 57, m. w. N.), wenn es zudem stimmt, dass insofern Prävention und Gesundheitsförderung angesichts ihrer Abhängigkeit vom lokalen Kontext und ihres besonderen Koordinationsbedarfs *auf dezentraler politischer Entscheidungsebene* angesiedelt sein muss (Sachverständigenrat 2007, 2009, 2012), dann sind kommunale Aktivitäten in diesem Bereich derzeit mindestens ausbaufähig. Nicht zuletzt müssen die drängenden Fragen der Rationierung im Gesundheitswesen deutlich mit den staatlichen Ebenen in Zusammenhang gebracht werden, auf denen entsprechende Verfahren der Zuteilung medizinischer Leistungen angesiedelt oder anzusiedeln sind. Das Gewinnen von Lebensqualität als «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 rationierte Geldmenge bspw. für die medizinische Behandlung Einzelner (weniger), die Organisation der Versorgung (vieler) oder für die Gesundheitsförderung (aller) ausgegeben werden soll, sollte klar sein, dass die betroffenen Individuen dies nur gemäß ihrer Bedingungen vor Ort entscheiden können. Zentralisierte Entscheidungsverfahren machen im Kontext salutogener Fragestellungen nur wenig Sinn. Die messtheoretischen Aporien und entscheidungslogischen «Maximierungsprobleme» sind damit keineswegs ausgeräumt (im Überblick: 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, soweit ersichtlich, bislang allenfalls zaghaft in den Blick genommen (allgemein zur «individu-

ellen Wohlfahrtsfunktion» siehe Ahlert, Kliemt 2013, S. 239).

Erfordernisse interdisziplinären Zusammenwirkens erkennen

Vielleicht ist die Kombination des Visionären mit dem Machbaren die hervorstechende Herangehensweise bei der Entwicklung kommunaler Gesundheitslandschaften. Wer eine dezentrale bzw. bevölkerungsnah Gesundheitspolitik will, sieht sich Aufgaben von geradezu abschreckender Komplexität gegenübergestellt. Hier auf wird gesundheitswissenschaftlich mit Blick auf die soziostrukturellen Determinanten im Zuge von New Public Health zu oft nur mit moralisierender Stereotypie oder eben klassisch in «epidemiologisch-statistischer» Verengung des Blickwinkels reagiert. Das führt nicht sehr weit. Man muss zunächst sehr genau angeben können, was innerhalb der bestehenden Strukturen möglich ist und was bspw. der grundlegenden Reform durch den örtlichen oder überörtlichen Gesetzgeber überlassen bleiben muss, also letztlich den Verwertungskontext unter Brauchbarkeitsaspekten (frei nach Simon 1981) analysieren. Erst in diesem Zusammenhang kann man wissen, dass Datenerhebung kein Selbstzweck ist. Die Fragestellungen sind weithin rechtlicher, betriebswirtschaftlicher und volkswirtschaftlicher Natur und mit gesundheitswissenschaftlichem bzw. medizinischem Know-how allein nicht zu bewältigen. Kommunale Gesundheitslandschaften sind daher von vornherein auf einen breit angelegten interdisziplinären Diskurs angewiesen, der kommunalpolitisch interessante Gestaltungsoptionen im Bereich der relevanten *gesundheitspolitischen Instrumente, Zielgruppen, Sektoren, Staatsebenen und Behandlungsorganisationen* eröffnet.

Hierzu werden im Folgenden einige der wichtigsten Konzeptpunkte präsentiert, wie sie in den kommunalen Gesundheitslandschaften zum Tragen gekommen sind:

Ausgangslage

Strukturelle Trends

Die Betreuung und Inklusion älterer, chronisch kranker und behinderter Menschen, die verlängerte Lebensarbeitszeit und das Erfordernis der Mobilisierung älterer Beschäftigter, die medizinische Versorgung vor allem in der Fläche, ein unter dem Druck von Kosten gewachsenes Interesse an Prävention und nicht zuletzt das Management der sektoralen (ambulant/stationär), fachlichen (Behandlungsprofessionen) und administrativen (Verwaltungsträger) Schnittstellen des Behandlungsprozesses zielen in direkter Weise auf die Verhältnisse «vor Ort». Medizin und Politik selbst haben in dieser Hinsicht bereits deutliche Akzente gesetzt: Der Trend in Richtung einer präventiven, evidenzbasierten sowie an der Lebensqualität der Menschen ausgerichteten Verhaltensmedizin weist über den engeren Aktionsradius einer kurativen Medizin weit hinaus und zwingt diese zur Auseinandersetzung mit den jeweils vorherrschenden sozialräumlichen Gegebenheiten – ihren Risiken ebenso wie ihren Potenzialen für die Gesundheit der Bevölkerung (Pfaff 2012). Im Sinne einer zweiten Säule der gesundheitlichen Versorgung ist im Übrigen der Weg eines grundsätzlich alle Behandlungsleistungen umfassenden, sektoral durchlässigen und in den Details offen verhandelbaren örtlichen Versorgungsnetzwerks auf politischer bzw. gesetzlicher Ebene längst beschritten worden. Wie im strukturverwandten Bereich der Bildung (Luthe 2008) 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 (Luhmann 1981).

Gesellschaftliche Trends

Die in den letzten zwei Jahrzehnten zu beobachtende Öffnung der Perspektive von Krankenbehandlung zu umfassender «integrierter» Gesundheitsfürsorge ist alles andere als selbst-

verständlich. 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. Je mehr es von den zentralen gesellschaftlichen Systemen und ihren Organisationen (Unternehmen, Bildungsinstitutionen, politische Parteien, Hilfsorganisationen) als problematisch empfunden wird, in einer physischen oder mentalen Systemumwelt zurechtzukommen zu müssen, umso größere Bedeutung erhält das Gesundheitsthema in der öffentlichen Wahrnehmung; so in Hinblick auf das ökonomische Erfordernis, die gesundheitlichen Voraussetzungen für verwertbares Humankapital sicherstellen zu müssen (insbesondere in Anbetracht längerer Lebensarbeitszeit), so in Hinblick des Erziehungssystems auf die unabdingbaren gesundheitlichen Voraussetzungen der Bildungsfähigkeit von Personen, so in Hinblick auf gesundheitliche Beeinträchtigungen als soziale Integrations- und Inklusionsrisiken und nicht zuletzt vor dem Hintergrund «bezahlbarer Gesundheitsleistungen für alle» als originär politisches Erfordernis der Aufrechterhaltung des sozialen Friedens. 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, sind die jeweiligen Gesellschaftssysteme auf der Ebene ihrer Organisationsprogramme zur Integration jeweils systemfremder gesundheitsbezogener Kriterien gezwungen: Industriebetriebe ermöglichen den Gratisbesuch von Fitnessstudios, Schulen bemühen sich mehr denn je

um die gesundheitsbewusste Ernährung ihrer Schüler, Familien werden zum Dreh- und Angelpunkt gesundheitlicher Aufklärung und mittlerweile mehrten sich selbst in den Gemeinderäten der Republik die Zweifel an auskömmlicher flächendeckender Grundversorgung ihrer lokalen Wählerschichten.

Politische Trends

Die Bundesregierung (Bundestag 2010, S. 1–4) nebst Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Sachverständigenrat 2007 und 2009) sieht die wohl wichtigste Aufgabe gesundheitspolitischer Reformen neben der Sicherstellung einer flächendeckenden Grundversorgung in einer adäquaten Langzeitversorgung chronisch und mehrfach erkrankter Patienten, vor allem in Hinblick auf eine älter werdende 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 (Sachverständigenrat 2009, Kurzf., S. 13, 19).

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 nichtärztlichen Leistungserbringern, Selbsthilfegruppen und kommunalen Einrichtungen:

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 (Sachverständigenrat 2009 Kurzf. S. 175; Sachverständigenrat Langf. S. 706).

Die Rolle der Kommunen

Planung

Die Rolle der Kommunen bei der gesundheitlichen Versorgung kann ausgebaut werden. In aller Kürze seien hier einige Beispiele genannt, wo dies geschehen könnte: Mitwirkungsmöglichkeiten zeigen sich in den Verfahren zur Behebung von *Unterversorgung* (§ 100 SGB V), im Rahmen eines Ausbaus kommunaler *Kooperation* mit Krankenkasse, Pflegekasse, Rentenversicherung 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, bei der Frage, ob und in welchem Ausmaß heilkundliche Funktionen auf *Pflegekräfte* zu übertragen sind (§ 63 Abs. 3 c SGB V), bei der Frage des Ankaufs von Arztpraxen in den überversorgten Städten (§ 105 Abs. 3 SGB V) und bei der Förderung von Zulassungen in unterversorgten Planbereichen (§ 105 Abs. 1a SGB V).

Leistungen

Möglich ist eine Beteiligung und ein Ausbau vorhandener Aufgaben auch in konkreten Leistungsbereichen: im Bereich der krankensicherungsrechtlichen *Prävention* (§§ 20 ff. SGB V), im («selektivvertraglichen») *Bereich der Leistungserbringung* bei den Heilmitteln, der Versorgung mit *Haushaltshilfen*, mit *häuslicher Krankenpflege*, mit *Soziotherapie*, mit *Palliativleistungen* und mit *Hebammenhilfe* (§§ 124 ff. SGB V), generell im *rehabilitativen und pflegerischen* Sektor (vor allem SGB VI und XI), bei den wohnortnahen Angeboten für *behinderte Menschen* mit stärkeren Verbindlichkeiten für die Kommunen und Kofinanzierungspflichten der anderen Staatsebenen (§§ 4 Abs. 3, 19 Abs. 1 und 2 SGB IX), bei der Förderung ehrenamtlicher Hilfe und niedrigschwelliger Betreuungsangebote im Rahmen der *Pflege* (§§ 45 b, 45 c, 45 d SGB XI), bei der *Altenhilfe* nach § 71

SGB XII, bei der Verbesserung der Abstimmung zwischen gesetzlicher Pflegeversicherung und Landespflegegesetzen, schließlich bei der Koordination von *Pflegehilfe* (§ 61 SGB XII), *großer und kleiner Haushaltshilfe* (§§ 70, 27 a Abs. 4 SGB XII), *von Altenhilfe* (§ 71 SGB XII), *Hilfe zum Lebensunterhalt in Einrichtungen* (§ 27 b SGB XII) und *Grundsicherung für Ältere und dauerhaft Erwerbsgeminderte* (§ 41 ff. SGB XII) im Rahmen eines konsistenten und beratungspraktisch kompatiblen Gesamtpakets. Auch die Verfügbarkeit der nach § 13 SGB XII vorrangig in Anspruch zu nehmenden *ambulant Angebote* setzt entsprechende kommunale Anstrengungen voraus. Vor allem für barrierefreie Wohnangebote, den effizienten Einsatz von Pflegehilfsmitteln, die Mobilisierung von Laienpflegekräften und entsprechende Gestaltungsmaßnahmen im öffentlichen Raum bedarf es zukünftig einer engeren *Koordination zwischen Pflegeversicherung, Landespflegegesetzen und kommunaler Sozialhilfe*, nicht zu vergessen hierbei die Einbeziehung der in kommunaler Selbstverwaltung betriebenen *Bauleitplanung* (§ 1 Abs. 6 BauGB).

Sektorübergreifende Koordination

Nachteilig ist in diesem Zusammenhang zudem, dass die duale Krankenhausfinanzierung (Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 a GG und jeweilige Landeskrankenhausgesetze) mit Planungs- und Finanzierungsverantwortung der Länder einerseits und Leistungsfinanzierung durch die Krankenkassen andererseits nicht nur dem Bedürfnis nach vermehrter sektorübergreifender Planung Grenzen setzt (siehe zu sektorübergreifenden Strukturen etwa die §§ 90 a, 115, 115 b, 116 b, 137 a SGB V), sondern dadurch auch örtliche Planungspotenziale verbaut, vor allem im Blick auf eine Neuausrichtung der Krankenhausplanung unter Einbeziehung ambulanter Behandlungsformen. Der Ausbau des sogenannten spezialfachärztlichen und sektorübergreifenden Versorgungsbereichs (§ 116 b SGB V) weist zwar in die richtige Richtung mit einem

gemeinsamen, klar abgegrenzten Bereich der Spezialversorgung ohne Bedarfsprüfungen bzw. Mengenregulierungen, indem Krankenhäuser und Ärzte prinzipiell gleichberechtigt behandelt werden (hierzu BT-Drucksache 17/6906, 80). In den übrigen sektorübergreifenden Bereichen aber findet die ambulante Versorgung durch Krankenhäuser (etwa §§ 39, 115 a und b, 117 bis 119, 120 Abs. 1 a) nach wie vor ohne Abstimmung mit der Versorgung durch spezialisierte niedergelassene Ärzte statt. Es handelt sich um politisch sensible Bereiche, an deren Ausbau die Kommunen auf höherer Planungsebene ein stärkeres Beteiligungsrecht einfordern sollten.

Integrierte Versorgung

Im Übrigen wissen wir – in unserem Gesundheitssystem werden Leistungen nur bei Krankheit bezahlt, nicht für die Gesunderhaltung. Zusammen mit dem geradezu desaströsen ärztlichen Abrechnungssystem führt dies zu Fehlsteuerungen und falschen Anreizen. Mit integrierten Versorgungsnetzen lässt sich dem gegensteuern. Der Königsweg der Finanzierung heißt hier «capitation». Gezahlt wird eine Pauschale pro Patient unabhängig von der Anzahl der Behandlungskontakte. Dies stellt für die Betreiber der Versorgungsnetze einen Anreiz dar, langfristig in Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu investieren. Ganz nebenbei können angesichts der frei verhandelbaren Versorgungsverträge unausgelastete Kapazitäten etwa im Krankenhausbereich umgewidmet (etwa zu einer Reha-Einrichtung) und so vor dem totalen Untergang bewahrt werden, können ferner Positivlisten in der Arzneimittelversorgung erstellt und alle möglichen Behandlungspfade, Therapien und Therapieformen implementiert bzw. erprobt werden. Für die Kommune zeigen sich hierbei Herausforderungen in dreifacher Hinsicht: Sie kann Versorgungsnetze initiieren, sich im Rahmen von Public-private-Partnership an ihnen beteiligen oder diese selbst betreiben und da-

mit letztlich Einnahmen erzielen. Vor allem aber muss sie ihr politisches Gewicht in die Waagschale werfen, um den punkto Integrationsversorgung strukturausgleichsbedingt reformresistenten Krankenkassen den Weg zu weisen.

Koordinationspektrum

Es lassen sich mehrere Typen integrierter Versorgung konstruieren. Teilweise sind sie in den Gesetzen bereits angelegt, werden aber nur ungenügend implementiert:

- trägergebundene fachspezifische Modelle, wie etwa im Bereich der Onkologie oder Psychiatrie, regelmäßig in der Zuständigkeit der Krankenkasse
- trägergebundene Vollversorgungsmodelle, die die gesamte Gesundheitsversorgung einer Population abdecken, aber in der Hand eines einzelnen staatlichen Trägers sich befinden, namentlich der Krankenkasse (etwa nach § 140 b SGB V)
- trägerübergreifende Versorgungsmodelle mit einer engen Koordinationsstruktur staatlicher Kostenträger (zumindest angelegt bei der Versorgung behinderter Personen)
- das multizentrische Versorgungsnetzwerk von der Art einer kommunalen Gesundheitslandschaft mit umfassender Koordination der Träger, Leistungserbringer und gesundheitsrelevanten gesellschaftlichen Akteuren in allen Phasen der gesundheitlichen Versorgung, Prävention inbegriffen.

Hieraus lässt sich ableiten: die im SGB V geregelten Formen integrierter Versorgung sind ein guter Anfang, greifen aber zu kurz.

Kommunale Selbstverwaltung

Von kontextbezogenen gesundheitlichen Maßnahmen würden im Bereich der staatlichen Institutionen indes vor allem die Sozialversicherungen sowie Bund und Länder (hier Art. 106 Abs. 3 GG) *profitieren* und zwar unter der An-

nahme, dass eine gesündere Bevölkerung einerseits weniger Behandlungskosten verursacht, andererseits zu steigenden Steuereinnahmen bedingt durch eine geringere Erwerbslosigkeit, ein höheres Durchschnittseinkommen und höhere Unternehmensgewinne führt. Dies muss derzeit darauf hinauslaufen, dass die Kommunen als diejenigen, denen heute eine besondere Rolle in der Gesundheitspolitik zukommt, am wenigsten hierfür zu gewinnen sind. Hinsichtlich der staatlichen Finanzierungsströme im Allgemeinen und im Gesundheitssektor bedarf es mithin fundamentaler Neuerungen.

Hierbei aber gerät leicht in Vergessenheit, dass die gesundheitliche Versorgung nebst Gesundheitsförderung eine originäre Angelegenheit der örtlichen Gemeinschaft ist und damit im Sinne des Art. 28 Abs. 2 GG Verfassungsschutz genießt, wenn auch nur im Rahmen der Gesetze, weshalb es trotz der verfassungshistorisch bzw. verfassungsrechtlich verankerten Basiszuständigkeit der Kommunen für das Gesundheitswesen zu einem daneben wirkenden Sozialversicherungswesen kommen kann. Rein in der Sache aber laufen die gesundheitlichen Angebote gleich welcher Trägerschaft und Staatsebene alle vor Ort zusammen. Pointiert: sie präsentieren sich dem Bürger als Einheit; die Kommune ist gleichsam Kulminationspunkt der gesundheitlichen Versorgung. Hieraus sind die notwendigen Schlüsse zu ziehen. Aus der kommunalen Verankerung der Gesundheitsaufgabe ergeben sich grundsätzlich auch bestimmte Finanzierungsverantwortlichkeiten der übergeordneten Staatsebenen. Dies gilt vor allem dann, wenn, wie vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen zumindest im Grundsätzlichen seit je propagiert, auf die Kommune eine Strukturverantwortung neuen Typs von der Art einer kommunalen Gesundheitslandschaft zukommen sollte.

Instrumente/Methoden

Gesundheitsberichterstattung

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

Gesundheitsplanung

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

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.

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 Netzwerk Deutsche Gesundheitsregionen). Abgesehen von den üblichen Formen des Benchmarking (die im Bereich der Gesundheitsversorgung aber nicht sehr hilfreich sind) sind gezielt räumlich ansetzende Strategien der Qualitätsentwicklung von Gesundheitsregionen gleichwohl zurzeit noch nicht in Sicht. Analytisch lässt sich eine entsprechend zu entwickelnde Qualitätsdiskussion im Bereich dezentraler Versorgungsansätze differenzieren nach Anbieter-, Angebots- und Kooperationsqualität.

Case Management

Case Management als personenzentrierte Steuerung von Behandlungs- und Betreuungsvorgängen ist in seiner grundlegenden Ablauforganisation von universeller Bedeutung. Die jeweiligen Einsatzbereiche aber erfordern weitere Differenzierungen. Der Krankenhausbereich etwa sieht sich unter dem Einfluss von DRG («diagnosis relates groups» = diagnosebezogene Fallgruppen) 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 auch mithilfe einer komplexen Telematikinfrastruktur. 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. Der Kommune kommen hierbei potenziell wichtige infrastrukturelle Funktionen zu.

Fazit

Prozesse der Personenveränderung im Bereich von Gesundheit, Bildung und Sozialintegration sind in besonderer Weise auf dezentrale und integrative Strategieansätze angewiesen. Mit der Hinwendung zu den sozialen Kontextbedingungen von Gesundheit geraten lokale und regionale Versorgungserfordernisse heute stär-

ker denn je in den Fokus von Wissenschaft und Politik. Weitere Impulse für die Herausbildung lokaler Versorgungsformen gehen von der integrierten medizinischen Versorgung aus. Vor allem hier liegt ein neuer Verantwortungsbereich für Kommunalpolitik verborgen. Gleichwohl ist die staatsorganisatorische Stellung der Kommunen im sich neu konstituierenden Politikfeld Gesundheit nicht unmittelbar einsichtig. Die Konzepte, erst recht die tatsächlichen Entwicklungen in Richtung neuer lokaler Strukturen der gesundheitlichen Versorgung sind noch neu. Hinzu treten die unterschiedlichen Bedingungen vor Ort. Patentrezepte kann es von daher nicht geben. Nichts aber spricht gegen die Entwicklung eines allgemeinen Handlungsinstrumentariums, von dem bei Bedarf Gebrauch gemacht werden kann.

Das Gesundheitsthema dürfte auf regionaler und lokaler Ebene derzeit eher eine Domäne von Experten und Fachverwaltungen sein, als Thema des kommunalpolitischen Meinungswettbewerbs allerdings ist es vermutlich noch ausbaufähig. Hier aber liegen die eigentlichen Antriebskräfte für Reformen in größerem Maßstab. Mit der Politik vor Ort steht und fällt das Konzept. Der Aufbau kommunaler Gesundheitslandschaften 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 zurzeit 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.

28 Teil 1: Entwicklungslinien: Der Öffentliche Gesundheitsdienst und Gesundheitsförderung

Literatur

- Ahlert M, Kliemt H (2013). Unverrechenbare Werte, verrechnende Prioritäten. In: Schmitz-Luhn B, Bohmeier A (Hrsg.). *Priorisierung in der Medizin*. Wiesbaden: Springer, 231–236.
- Bundestag (2012). *Unterrichtung durch die Bundesregierung – Rahmenprogramm Gesundheitsforschung der Bundesregierung, 2010, Drucksache 17/4243 vom 10. 12. 2012.*
- Breyer F, Zweifel P, Kifmann M (2013). *Gesundheitsökonomik*. 6. Aufl. Wiesbaden: Springer.
- Deutscher Landkreistag (2013). *Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Beschluss des Präsidiums des Deutschen Landkreistages vom 9. und 10. April 2013* (<http://tinyurl.com/mmc42y5>).
- Geene R (2009). *Gesundheitsförderung und Prävention im bundesdeutschen Korporatismus*. In: Bittlingmayer U H u.a. (Hrsg.). *Normativität und Public Health. Vergessene Dimensionen gesundheitlicher Ungleichheit*. Wiesbaden: VS, 98–116.
- Fuchs P (2006). *Das Gesundheitssystem ist niemals verschnupft*. In: Bauch J (Hrsg.). *Gesundheit als System*. Konstanzer Schriften. Konstanz: Hartung-Gorre, 36–48.
- Fuchs P (2012). *Die Psyche und die harte Welt der Organisation*. Transkription, Ms.
- Huster S (2012). *Soziale Gesundheitsgerechtigkeit 2012*. Berlin: Wagenbach.
- Klonschinski A (2013). *Das Kosten-Nutzen-Verhältnis als Priorisierungskriterium?* In: Schmitz-Luhn B, Bohmeier A (Hrsg.). *Priorisierung in der Medizin*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 79–86.
- Luhmann N (1981). *Politische Theorie im Wohlfahrtsstaat*. München: Olzog.
- Luthe EW (2008). *Kommunale Bildungslandschaften*. Berlin: ESV.
- Luthe EW (2010). *Kommunale Gesundheitslandschaften*. *Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für Öffentliche und Private Fürsorge* 2010, 304 (Teil 1) sowie 342 (Teil 2).
- Luthe EW (Hrsg.) (2013). *Kommunale Gesundheitslandschaften*. Wiesbaden: Springer.
- Novak P (1998). *Salutogenese und Pathogenese: Komplementarität und Abgrenzung*. In: Margraf J, Siegrist S, Neumer S. (Hrsg.). *Gesundheit oder Krankheits-theorien? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 27–39.
- Pfaff H (2012). *Stellungnahme für das öffentliche Fachgespräch «Perspektiven der Versorgungsforschung»*, Dt. Bundestag, Ausschussdrucksache 17 (18) 279 c.
- Rose G (1985). *Sick Individuals and Sick Populations*. *International Journal of Epidemiology* 14 (1): 32–39.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. *Gutachten 2007 (Kooperation und Verantwortung), 2009 (Koordination und Integration), 2012 (Wettbewerb zwischen ambulanter und stationärer Versorgung)*.
- Simon HA (1981). *Das Verwaltungshandeln. Eine Untersuchung der Entscheidungsvorgänge in Behörden und privaten Unternehmen*. Übersetzung der 3. Auflage: *Entscheidungsverhalten in Organisationen. Eine Untersuchung von Entscheidungsprozessen in Management und Verwaltung*. Landsberg: Verlag Moderne Industrie.
- Teichert-Barthel U (2013). *Öffentlicher Gesundheitsdienst, Prävention und Gesundheitsförderung*. *Prävention* 36 (4): 99–102.

Lehmann Frank, Dr.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Str. 220
D-51109 Köln
E-Mail: frank.lehmann@bzga.de

Leykamm Barbara

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg
im Regierungspräsidium Stuttgart
Ref. 94, Gesundheitsförderung
Nordbahnhofstr. 135
D-70191 Stuttgart
E-Mail: barbara.leykamm@rps.bwl.de

Lorentz Christian

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
(UKE)
Institut für Medizinische Soziologie (IMS)
Martinistr. 52
D-20246 Hamburg
E-Mail: clorentz@uke.de

Luthe Ernst-Wilhelm, Prof. Dr.

Ostfalia Hochschule für angewandte Wissen-
schaften
Fakultät Soziale Arbeit
Am Exer 6
D-38302 Wolfenbüttel
E-Mail: ernst-wilhelm.luthe@t-online.de

Moncorps Kerstin

Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf von Berlin
Abteilung Gesundheit und Soziales
Organisationseinheit «Qualitätsentwicklung,
Planung und Koordination» (QPK)
Etkar-André-Str. 8
D-12619 Berlin
E-Mail: Kerstin.Moncorps@ba-mh.Verwalt-
Berlin.de

Müller Karin, Dr.

Gesundheitsamt Region Kassel
Wilhelmshöher Allee 19–21
D-34117 Kassel
E-Mail: karin.mueller@stadt-kassel.de

Plümer Klaus

Health Promotion & Public Health Consultant
Bachstr. 9
D-40223 Düsseldorf
E-Mail: kpluemer@email.de

Pohle Dagmar

Bezirksamt Marzahn-Hellersdorf von Berlin
Abteilung Gesundheit und Soziales
Riesaer Str. 94
D-12627 Berlin
E-Mail: buero.dagmar.pohle@ba-mh.verwalt-
berlin.de

Reisig Veronika, Dr.

Bayerisches Landesamt für Gesundheit
und Lebensmittelsicherheit
Veterinärstr. 2
D-85764 Oberschleißheim
E-Mail: veronika.reisig@lgl.bayern.de

Seider-Rosenlehner Sylvia

Landratsamt Passau – Gesundheitsamt
Passauer Str. 33
D-94081 Fürstenzell
E-Mail: sylvia.seider@landkreis-passau.de

Siegl-Ostmann Martin

Landratsamt Karlsruhe
Gesundheitsamt
Beiertheimer Allee 2
D-76137 Karlsruhe
E-Mail: gesundheitsfoerderung@landratsamt-
karlsruhe.de

Starke Dagmar, Dr.

Akademie für öffentliches Gesundheitswesen
in Düsseldorf
Epidemiologie, Gesundheitsberichterstattung
Kanzlerstr. 4
D-40472 Düsseldorf
E-Mail: starke@akademie-oegw.de