

Gesundheit. Politik – Gesellschaft – Wirtschaft

Ernst-Wilhelm Luthe *Hrsg.*

Kommunale Gesundheits- landschaften



Springer VS

Gesundheit

Politik – Gesellschaft – Wirtschaft

Herausgegeben von

E.-W. Luthé, Wolfenbüttel/Oldenburg, Deutschland

J. N. Weatherly, Berlin, Deutschland

Der Gesundheitssektor ist in politischer, ökonomischer und gesellschaftlicher Hinsicht eine einzige Herausforderung. In entwickelten Gesellschaften wird er zunehmend zum eigentlichen Motor für wirtschaftliches Wachstum, enthält er als Kostentreiber gleichzeitig viel politischen Sprengstoff und ist er für die Zukunft einer alternden Gesellschaft schlechthin konstitutiv. Vor allem aber ist der Gesundheitssektor viel mehr als bloße Krankenbehandlung: als *Prävention, Rehabilitation* und *Pflege* verweist er auf den gesamten ihn umgebenden sozialen Kontext, als *Organisation* auf ein in steter Veränderung begriffenes System der Koordination und Vernetzung von Behandlungsleistungen und als *medizinisches Experimentierfeld* auf die Grenzen dessen, was von Politik und Gesellschaft noch verantwortet werden kann. Der Gesundheitssektor ist nach allem ein Thema, das nicht nur Medizinern vorbehalten sein kann und zweifellos auch Politiker, Juristen, Betriebs- und Volkswirte, Sozialwissenschaftler sowie zahlreiche weitere Disziplinen betrifft. Mit wachsender Einsicht in die Komplexität des Gegenstandes aber ist mittlerweile deutlich geworden, dass auch dies nicht reicht. Wer den Gesundheitssektor verstehen und hier wirksam handeln will, für den ist der isolierte Blickwinkel einer einzigen Fachdisziplin grundsätzlich unzureichend. Mehr denn je ist der kombinierte Sachverstand gefragt. Dies ist für die neue Buchreihe tonangebend. Leitbild ist der *interdisziplinäre Diskurs* auf der Suche nach Lösungen für einen in der Gesamtheit seiner Strukturen und Prozesse nur noch schwer zu durchdringenden Gesellschaftsbereich. In dieser Hinsicht wäre bereits viel gewonnen, wenn es gelänge, einen Blick über den eigenen Tellerrand zu werfen und divergierende Perspektiven zusammenzuführen.

Ein Dankesgruß in die Zukunft sei bereits jetzt an alle Leser und Autoren gerichtet, die mit konstruktiver Kritik, Anregungen, Verbesserungsvorschlägen und natürlich eigenen Publikationen einen persönlichen Beitrag zum Gelingen der Buchreihe und damit letztlich zur Fortentwicklung des Gesundheitssektors leisten wollen.

Herausgegeben von

Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Luthé
Institut für angewandte Rechts -und Sozialforschung (IRS)
Ostfalia Hochschule und Universität Oldenburg
Wolfenbüttel/Oldenburg, Deutschland

Dr. John N. Weatherly, Berlin, Deutschland

Ernst-Wilhelm Luthe

Herausgeber

Kommunale Gesundheitslandschaften

 Springer VS

Herausgeber

Ernst-Wilhelm Luthé
Inst. f. angewandte Rechts-, u.
Sozialforschung (IRS)
Ostfalia Hochschule
Wolfenbüttel, Deutschland

ISBN 978-3-658-02430-7

ISBN 978-3-658-02431-4 (eBook)

DOI 10.1007/978-3-658-02431-4

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer VS

© Springer Fachmedien Wiesbaden 2013

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer VS ist eine Marke von Springer DE. Springer DE ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media
www.springer-vs.de

Vorwort

Das Buch beruht auf einem seltsam einfachen Grundgedanken: das gesundheitliche Geschehen findet vor Ort statt. Egal ob es um Fragen gesundheitlicher Prävention, um Schnittstellenprobleme zwischen den Sektoren, um die Bewältigung altersabhängiger Krankheiten und Krankheitsfolgen, um die Inklusion behinderter Menschen oder um die bessere Verzahnung der mit gesundheitlichen Aufgaben betrauten staatlichen und gesellschaftlichen Akteure geht – letzten Endes hängt alles von den örtlichen Gegebenheiten im sozialen, politischen und auch ökologischen Nahraum der Menschen ab. Die gesundheitliche Versorgung ist und bleibt eine Angelegenheit der Sozialversicherungen. Aber neuere Entwicklungen zeigen: sie gehört heutzutage auch auf den Prüfstand kommunalpolitischer Erfolgsbilanzen. Dass die kommunale Ebene in diesem Feld eine aktive Rolle spielen sollte ist mithin Leitgedanke des Buches; ob sie dies kann und wo man anzusetzen hat sind weitere Fragen.

Für die Entwicklung kommunaler Gesundheitslandschaften aber gibt es kein Erfolgsrezept. Zu unterschiedlich sind die örtlichen Strukturen, als dass hier mit einfachen Lösungen gerechnet werden könnte. Gleichwohl lassen sich umsetzungsfähige Perspektiven entwickeln: Das Buch beschreibt die gesundheitlichen Herausforderungen bezogen auf bestimmte Zielgruppen (wie etwa Kinder, Ältere, behinderte und pflegebedürftige Menschen), hat ein umfangreiches Arsenal von Handlungsinstrumenten im Angebot (wie etwa Gesundheitsplanung, integrierte Versorgung, Gesundheitsmarketing, Projektentwicklung), beschreibt Verantwortlichkeiten im institutionellen Gefüge staatlicher und privater Akteure (wie unter anderem Gesundheits-, Jugendämter, Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenhäuser) und bietet einen Ausblick auf die örtliche Wirtschafts- und Unternehmensentwicklung bei Ausbau einer gut funktionierenden Gesundheitsregion.

Das Buch richtet sich an

- das *medizinische Behandlungspersonal*, das sich sektor- und berufsgruppenübergreifend neu organisieren will
- *Sozialwissenschaftler und Gesundheitsökonom*en, die planend und evaluierend mit den örtlichen Versorgungsstrukturen beschäftigt sind
- *Angehörige der Sozialberufe*, die als Case Manager ihre Klienten durch komplex organisierte Behandlungswege leiten
- *Institutionen der Wirtschaftsförderung sowie Unternehmen*, die den wirtschaftlichen Zugewinn einer funktionierenden Gesundheitsregion für das örtliche Steueraufkommen und die Unternehmensentwicklung erkannt haben
- *Mitarbeiter der Gesundheitsverwaltung*, die an aufgabenübergreifenden Gestaltungsoptionen interessiert sind
- *Studierende und ihre Lehrer*, die in die Zukunft weisende Wege beschreiten wollen
- nicht zuletzt an die *lokale Politik*, die aus Einsicht in heutige und vor allem zukünftige Herausforderungen einer älter werdenden Bevölkerung mehr Verantwortung für das gesundheitliche Geschehen übernehmen will.

März 2013

Prof. Dr. Ernst-Wilhelm Luthe

Inhaltverzeichnis

Teil I Grundlagen

1 Kommunale Gesundheitslandschaften – das Grundkonzept	3
Ernst-Wilhelm Luthe	
1.1 Einführung: Dezentralisierungstrends.	3
1.2 Zum Verwendungszusammenhang des Begriffs	4
1.3 Die Herausforderungen	11
1.4 Die Instrumente	25
1.5 Zusammenfassung	33
Literatur	34
2 Modellebenen der integrierten Versorgung	37
Ernst-Wilhelm Luthe	
2.1 Einführung.	37
2.2 Integrierte Versorgung im engeren Sinn.	38
2.3 Integrierte Versorgung im weiteren Sinn – Überblick	39
2.4 Das trägergebundene fachspezifische Integrationsmodell	41
2.5 Das trägergebundene Vollversorgungsmodell	46
2.6 Das trägerübergreifende Versorgungsmodell.	47
2.7 Kommunale Gesundheitslandschaft als multizentrisches Versorgungsnetzwerk.	49
2.8 Zusammenfassung und Ausblick	51
Literatur	54
3 Gesundheitliche Versorgung und kommunale Selbstverwaltungsgarantie	55
Ernst-Wilhelm Luthe	
3.1 Einführung.	55

3.2	Grundlagen der Kommunalen Selbstverwaltung	58
3.3	Gesundheitsstrukturverantwortung als neue kommunale Aufgabe	59
3.4	Ausgleichsmechanismen als Folge der kommunalen Selbstverwaltungsgarantie	61
3.5	Folgerungen für die kommunale Finanzausstattung	63
3.6	Zusammenfassung	65
	Literatur	66
Teil II Instrumente und Methoden		
4	Kommunale Gesundheitsberichterstattung	69
	Stephan Maykus und Gregor Hensen	
4.1	Einführung – Gesundheitsberichterstattung als Teil einer kommunalen Vernetzungsstrategie	69
4.2	Gesundheitsberichterstattung im Mehrebenensystem	70
4.3	Gesundheitslandschaften und ihre Planungsanforderungen – Zum Grundverständnis und Nutzen einer kommunalen Gesundheitsberichterstattung	73
4.4	Integrierte Strukturen der Gesundheitsförderung als Ziel – integrierte Sozialplanungsmodelle als Mittel	79
4.5	Fazit: Fundierte Integration der Informationen statt Ausdifferenzierung der Berichterstattungen	83
	Literatur	84
5	Lokale Gesundheitsplanung	87
	Claus Weth	
5.1	Grundlagen und Empfehlungen zur lokalen Gesundheitsplanung	87
5.2	Weiterentwicklung und Neuorientierung der kommunalen Gesundheitspolitik	88
5.3	Planung auf Grundlage der Kommunalen Gesundheitsförderung	90
5.4	Gesundheitsplanung als kommunales Steuerungsinstrument	97
	Literatur	100
6	Netzwerkmanagement im Gesundheitsbereich	103
	John N. Weatherly	
6.1	Mehr Netzwerke in jüngster Zeit?	103

6.2	Neue Gesetze – neue Organisationsformen?	104
6.3	Multimorbidität und Kodifizierung fordern neues Strukturdenken	104
6.4	„Allein versus gemeinsam“ – was ist die Zukunft?	105
6.5	Was ist gut für Netzwerke und was schädlich?	105
6.6	Wieso sind Netzwerke zurzeit so attraktiv?	107
6.7	Organisationstyp	107
6.8	Entwicklungsstand	109
6.9	Akteure	110
6.10	Kooperationsdynamik	110
6.11	Beziehungen im Netzwerk	111
6.12	Ein Netzwerk und seine operativen Ebenen	111
6.13	Erfolgsparameter	113
6.14	Wettbewerbsfähigkeit	113
6.15	Misserfolgskfaktoren	114
6.16	Re-engineering	115
	Literatur	116
7	Qualitätsmanagement im Bereich örtlicher Versorgungsstrukturen.	119
	John N. Weatherly	
7.1	Definition	119
7.2	Total Quality Management (TQM)	120
7.3	Gesundheitswesen – ausgesuchte Player	121
7.4	Qualitätsmanagement – aber wie?	123
7.5	Besondere Problemlagen im Gesundheitswesen	125
7.6	Kompetentere Patienten	128
7.7	Patientencoaching	128
7.8	Qualitätsmanagement – statistisch?	129
7.9	Patientenrelevante Endpunkte	131
7.10	Ausblick: Die regionalen Chancen und Grenzen	132
	Literatur	133
8	Case Management im Gesundheitswesen.	135
	Wolf Rainer Wendt	
8.1	Das Konzept Case Management	135
8.2	Das Verfahren im Überblick	136
8.3	Systemsteuerung und Fallführung	137
8.4	Konzentration auf den Fall	138
8.5	Kernelemente	139

8.6	Systemsteuerung und Prozessmanagement	142
8.7	Von Case Management zu Care Management im Netzwerk der Versorgung	143
8.8	Wer ist Case Manager/in ?	146
8.9	Zusammenfassung	148
	Literatur	148
9	Gesundheitsmarketing	151
	Stefan Hoffmann	
9.1	Einführung	151
9.2	Begriffsbestimmung	152
9.3	Handlungsoptionen: Marketing-Mix im Gesundheitssektor ...	155
9.4	Gesundheitsbewusstes Konsumentenverhalten	159
9.5	Fazit	161
	Literatur	162
10	Management örtlicher Gesundheitsprojekte	165
	Eberhard Göpel	
10.1	Einleitung	165
10.2	Die Herausforderung: Verknüpfung unterschiedlicher Interessen und Handlungslogiken zu einer gemeinnützigen, zielorientierten Verantwortungsgemeinschaft in den Städten und Gemeinden	165
10.3	Die Kommune als integrierender Handlungsrahmen für lokale Verantwortungsgemeinschaften der Gesundheitsförderung und die Entwicklung einer kooperativen Gesundheitsversorgung	169
10.4	Methodische Leitlinien für das Management lokaler Gesundheitsprojekte	177
10.5	Zusammenfassung	179
	Literatur	180
11	Kommunale Gesundheitsaufklärung und -beratung	181
	Stefan Dietsche	
11.1	Einleitung	181
11.2	Ziele der Gesundheitsaufklärung und -beratung	183
11.3	Kommune als Ansatzpunkt für Gesundheitsaufklärung und -beratung	184
11.4	Evaluation	188

11.5	Zusammenfassung	190
	Literatur	191
12	Ansätze kooperativer Selbsthilfeförderung	193
	Peter Hensen und Gregor Hensen	
12.1	Einleitung	193
12.2	Organisation der Selbsthilfe in Deutschland	194
12.3	Bedeutung der Selbsthilfe	199
12.4	Ansätze und Möglichkeiten kooperativer Selbsthilfeförderung	203
12.5	Zusammenfassung	207
	Literatur	208
Teil III Zielgruppen		
13	Gesundheit und soziale Ungleichheit	213
	Jürgen Boeckh	
13.1	Systematischer Stellenwert von Gesundheit	213
13.2	Lebenslagen und gesundheitliche Ungleichheit	215
13.3	Strukturelle Probleme im Gesundheitswesen	221
	Literatur	223
14	Gesundheitsförderung von Kindern und Jugendlichen als kommunale Aufgabe	225
	Gregor Hensen und Peter Hensen	
14.1	Einführung – Die Kommune als Gestalterin von Gesundheitsförderung	225
14.2	Das Konzept der Gesundheitsförderung	226
14.3	Der Setting-Ansatz	229
14.4	Gestaltungsräume verhältnisorientierter Gesundheitsförderung für Kinder und Jugendliche	231
14.5	Diskussion und Ausblick	237
	Literatur	240
15	Versorgung und Inklusion behinderter Menschen in lokalen Strukturen	243
	Elisabeth Wacker	
15.1	Behinderung und funktionale Gesundheit	243

15.2	Gesundheit und Versorgung bei Behinderung	246
15.3	Neue Konzepte und Strukturen	248
15.4	Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen.	253
15.5	Entwicklung der Dynamiken von Gesundheit und Teilhabe in lokalen Strukturen.	255
15.6	Zusammenfassung: Gesundheitslandschaften bei Behinderung?	257
	Literatur	257
16	Psychiatrische Versorgungsnetzwerke	263
	Jürgen Hein und John N. Weatherly	
16.1	Einleitung	263
16.2	Subsidiarität	264
16.3	Personenzentriert.	265
16.4	PSAG's	265
16.5	Aktion Psychisch Kranke	267
16.6	Netzwerke	267
16.7	Sozialpsychiatrische Netzwerke	269
16.8	Zukunftsperspektive Netzwerke	271
16.9	Patientencoaches	273
16.10	Psychiatrische Netzbildungen	274
16.11	Ausblick	277

Teil IV Organisation

17	Kommunale Daseinsvorsorge für behinderte, ältere und pflegebedürftige Menschen	281
	Gerd Künzel	
17.1	Einführung	281
17.2	Unterschiedliche rechtliche Ausgangslage	283
17.3	Der Gedanke der Inklusion	290
17.4	Dilemmata der kommunalen Daseinsvorsorge, Handlungsmöglichkeiten und Weiterentwicklungsbedarf ...	291
17.5	Zusammenfassung	300
	Literatur	301
18	Kommunale Gesundheitsverwaltung	303
	Claus Weth	
18.1	Der Öffentliche Gesundheitsdienst – Aufgaben und Potentiale. . .	303

18.2	Kommunale Gesundheitspolitik als Politikfeld	305
18.3	Standortbestimmung und Aufgabenprofil	307
18.4	Wandel der Probleme öffentlicher Gesundheit mit besonderem Blick auf die kommunale Gesundheitspolitik	309
18.5	Gesundheit ein kommunales Thema?	310
18.6	Zusammenfassung	313
	Literatur	315
19	Jugendämter in gesundheitlicher Verantwortung	317
	Frank Eger	
19.1	Einführung	317
19.2	Medizin und Jugendhilfe – Unterschiedliche Kommunikationsbereiche	318
19.3	Ein beispielhaftes Thema: Gemeinsame Förderung von Kindern mit und ohne Behinderung	320
19.4	Handlungsbedarfe	323
19.5	Zusammenfassung	328
	Literatur	328
20	Kommunale Verantwortung für das Rettungswesen	331
	Ernst-Wilhelm Luthé	
20.1	Einführung	331
20.2	Begriffsklärung: Rettungsdienst und ärztliche Notfallversorgung	331
20.3	Aufgaben und Zuständigkeiten	332
20.4	Modellvarianten und Finanzierung	333
20.5	Vergaberecht und Kommunalisierung	334
20.6	Zusammenfassung	335
	Literatur	336
21	Kommune und Krankenhauswesen – zwischen staatlicher Steuerung, Kommunalisierung, Privatisierung und Fusion	337
	Reinhard Joachim Wabnitz	
21.1	Einleitung	337
21.2	Krankenhausrecht in Deutschland – Bundes- und Landesrecht	337
21.3	Sicherstellungsauftrag nach Landesrecht	339
21.4	Krankenhausplanung	340
21.5	Duale Finanzierung von Krankenhäusern und Auswirkungen auf die Kommunen	341

21.6	Öffentliche, private und frei-gemeinnützige Krankenhausträger – aktuelle Tendenzen der Privatisierung und der Entwicklung neuer Finanzierungsformen (z. B. PPP-Modelle).	344
21.7	Exkurs: Agaplesion gAG im Bereich der evangelischen Träger	345
21.8	Fusionen und Bildung von Holdings auch im Bereich der öffentlichen Krankenhäuser – bei wettbewerbsrechtlicher Fusionskontrolle.	347
21.9	Zusammenfassung und Ausblick: Einflussmöglichkeiten und Perspektiven der Kommunen im Krankenhauswesen	348
	Literatur	349
22	Schnittstellenmanagement – Analyse und zentrales Problemfeld . . .	351
	Michael Greiling	
22.1	Einleitung	351
22.2	Analyse der Schnittstellen am Beispiel einer Knie-TEP Versorgung	353
22.3	Erfassung der Dokumente und Datensätze beim IST – Prozess.	355
22.4	Schnittstellen des IST – Prozesses und deren Beurteilung. . . .	359
22.5	Soll – Konzept.	360
22.6	Dokumentationskosten beim IST – und SOLL – Konzept – Erfassung der Kosten beim IST – und SOLL – Konzept	364
22.7	Fazit	366
23	Integrierte Versorgung, Ärzte Kooperationen und Medizinische Versorgungszentren (MVZ)	369
	John N. Weatherly	
23.1	Die Anfänge der Sozialversicherung	369
23.2	Die sektorale Trennung der Versorgung	370
23.3	Besonderheiten des deutschen Gesundheitswesens	370
23.4	Integrierte Versorgung	371
23.5	Das Gesundheitssystem.	371
23.6	Empowerment/Compliance	372
23.7	Sachleistungsprinzip	374
23.8	Gesundheitsmodernisierungsgesetz	375
23.9	Integrierte Versorgungsansätze	376
23.10	Medizinische Versorgungszentren (MVZ).	377

23.11	Ärztetenz	380
23.12	Morbiditäts- Risiko Struktur Ausgleich	381
	Literatur	381
24	Staatliche und verbandliche Ebenen bei der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen	383
	Rainer Hess	
24.1	Einleitung	383
24.2	Rechtliche Grundlagen	384
24.3	Selbstverwaltungsstrukturen der vertragsärztlichen Bedarfsplanung	389
24.4	Einbindung der Bundesländer	393
24.5	Einbeziehung der kommunalen Ebene	394
24.6	Kooperative Strukturen	396
24.7	Schlussbemerkung	396
	Literatur	397
25	Die Kommune im Kontext neuer Versorgungsansätze	399
	Heike Hoffer	
25.1	Einleitung	399
25.2	Herausforderungen und Ziele für Kommunen bei der Gestaltung integrativer und wohnortnaher kommunaler Gesundheitslandschaften	400
25.3	Neue Versorgungsansätze für die Gestaltung integrativer und wohnortnaher kommunaler Gesundheitslandschaften	406
25.4	Systemische Lösungsansätze im fragmentierten Mehrebenensystem	410
25.5	Zusammenfassung	413
	Literatur	413
 Teil V Wirtschaft		
26	Rehabilitation und berufliche Teilhabe behinderter oder von Behinderung bedrohter Menschen in lokalen Strukturen	417
	Gudrun Vater, Lene Hodek und Mathilde Niehaus	
26.1	Einleitung	417
26.2	Hintergrund: Demografischer Wandel und die Veränderungen des Krankheitspanoramas	418

26.3	Spezifische Problematik in der Rehabilitation: Schnittstellen in Medizin und Arbeitswelt	419
26.4	Regionale Netzwerke als Lösungsansatz: Das POST-REHA Netzwerk Projekt	422
26.5	Zusammenfassung	428
	Literatur	428
27	Das Gesundheitssatellitenkonto: Der zweite Schritt: Wertschöpfungs- und Beschäftigungseffekte der regionalen Gesundheitswirtschaft	431
	Dennis Alexander Ostwald, Klaus-Dirk Henke und Sebastian Hesse	
27.1	Ausgangslage	431
27.2	Der Wertschöpfungsansatz als Grundlage einer Regionalisierung des Gesundheitssatellitenkontos	432
27.3	Regionale Wachstums- und Beschäftigungseffekte der Gesundheitswirtschaft	435
27.4	Zur Interpretation und Aussagekraft der Ergebnisse	447
27.5	Fazit	448
	Literatur	448
28	Die Gesundheitswirtschaft als Mitgestalter der integrierten Versorgung	451
	Susanne Eble	
28.1	Einleitung	451
28.2	Steigende Gesundheitsausgaben als globaler Trend	452
28.3	Rechtlicher Rahmen für die Mitwirkung der Gesundheitswirtschaft an der integrierten Versorgung	454
28.4	Lösungsansätze	454
28.5	Die gesamte Wertschöpfungskette betrachten	458
28.6	Fazit und Ausblick	464
	Literatur	465

Teil I

Grundlagen

Kommunale Gesundheitslandschaften – das Grundkonzept

1

Ernst-Wilhelm Luthe

1.1 Einführung: Dezentralisierungstrends

Über kurz oder lang wird das Gesundheitssystem in Deutschland sich stärker vernetzen und damit nahezu automatisch: sich dezentralisieren müssen. Die Erfordernisse sind mittlerweile unübersehbar. 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 präventiv, evidenzbasiert 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 2009) bestätigt

E.-W. Luthe (✉)

Inst. f. angewandte Rechts-, u. Sozialforschung (IRS), Ostfalia Hochschule,
Am Exer 6, 38302 Wolfenbüttel, Deutschland
e-mail: e-w.luthe@ostfalia.de

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). „Prozesse der Personenveränderung“ gelten als hochdynamisch, sind nur in Grenzen steuerbar, bedürfen deshalb ständiger Rückkopplung der angeschobenen Prozesse zur Ermöglichung von Steuerungskorrekturen und hierfür wiederum Interventionsinstrumente von hinreichender Elastizität. In der Sache, aber auch im Sinne des Politikideals demokratischer Teilhabe impliziert dies einen Ebenenwechsel von zentralistischer Steuerung hin zu Prozessen orts-, betroffenen- und problemnaher Versorgung; anstatt zentralstaatlicher Steuerung müssen Lösungen im Nahbereich der Menschen unter vermehrter dezentraler Verantwortung gefunden werden.

Dass dem faktischen Bedeutungszuwachs der örtlichen Ebene indes 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 zukünftigen Gestalt deutet 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. Zugegeben – eine Aufgabe von geradezu abschreckender Komplexität. Aber wenn es hier Lösungen gibt, dann nur so: integrativ und dezentral.

1.2 Zum Verwendungszusammenhang des Begriffs

1.2.1 Die Gesundheitslandschaft und ihre Signalwirkungen

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 den strategisch bislang unerprobten Begriff der „*Kommunalen Gesundheitslandschaften*“ sind die Umstände hierfür derzeit in mehrfacher Weise günstig. In der kommunalpolitischen Praxis sind die „*Kommunalen Bildungslandschaften*“ ein gut eingeführter Ansatz, der nicht ohne Folgen geblieben ist. 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 Netzbildung 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 (Nagel et al. 2009; Richter und Hurrelmann 2006), 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. Viel ist in Sachen Gesundheitsförderung in den letzten beiden Jahrzehnten versucht worden. Zu erinnern ist in diesem Zusammenhang vor allem an die „Lokale Agenda 21“ der Weltgesundheitsorganisation mit ihren klar im kommunalen Feld angesiedelten Handlungsansätzen der Gesundheitsförderung und des Umweltschutzes (zu den Projekten vgl. Bundesministerium für Umwelt 2005). Die Vielzahl der Aktivitäten deutet darauf hin, dass das Gesundheitsthema in den Köpfen der kommunalen Entscheidungsträger angekommen sein dürfte. Gleichwohl sollte dies nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Aktivitäten vor Ort in der Vergangenheit bislang eher punktuell und weniger in Prozessen langfristiger Strategieplanung in Erscheinung getreten sind. Erst mit der systematischen Entwicklung integrierter Versorgungsformen auf der Basis des SGB V und SGB XI (gesetzliche Krankenversicherung und Pflegeversicherung) wird seit einigen Jahren ein neuer und jedenfalls für die Kommunen nicht unbedeutender Weg beschritten (siehe 1.3.4).

1.2.2 Zur Steuerungsdiskussion

„Kommunale Gesundheitslandschaften“ müssen realistisch betrachtet ohne ein Steuerungsversprechen auskommen. Derzeitige Ansätze kreisen weitestgehend um den Governance-Begriff und dessen Derivate (Lange und Schimank 2004; Benz 2004; Altrichter et al. 2007). „Governance“ ist jedoch nur eine Metapher, die nichts erklärt, bei genauer Betrachtung ein zweiter Aufguss älterer Ansätzen zu Grenzen und Möglichkeiten von Kontextsteuerung, Selbstorganisation, Verwaltungskooperation und Bürgerpartizipation (im Überblick Luthe 1989, 153ff). 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. Abgesehen hiervon spricht einiges dafür, dass heutigen Governance-Konzepten im Zuge einer nicht zu übersehenden Partizipationseuphorie jeglicher Sinn für die in Beteiligungsstrukturen verborgenen Partikularinteressen und Effizienzschwächen weitestgehend verloren gegangen ist. (zutreffend kritisch insofern Mayntz 2004, 74). Nicht die Ergebnisse von Governance sind das eigentlich Interessante, sondern die insgesamt zu beobachtende 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. Dies ist der eigentliche Unterschied zur vergleichsweise optimistisch gestimmten früheren Debatte. Anstatt Planung also Evolution (Luhmann 1997, 413)? 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. 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 (Luhmann 1997, 430).

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“ (ebenda, 450, 464). Der Zufall beseitigt die Einführung der eigenen Strukturbildungen, ohne die unbezweifelbaren Vorteile dieser Einführung preiszugeben. Was also wird deshalb in jedem Fall benötigt? Zunächst Machbarkeitskalküle, Reformabsichten und Planungsziele, also auf Veränderung gepolte Strukturvorgaben jedweder Art,

damit es im Hintergrundrauschen der Ereignisse überhaupt zu abgrenzbaren und damit „beobachtbaren“ Abweichungen, mithin zur Einleitung und Fortsetzung von Entwicklungen kommen kann. Sie sind eine Grundbedingung dafür, dass an Kausalattributionen auf Seiten der Intervenierenden und entsprechende Erwartungshaltungen auf Seiten der Adressaten strategisch angeknüpft werden kann. Ohne sie würden alle Versuche staatlicher Intervention 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 (Mayntz und Scharpf 1995, 26; Luthe 2009, 30f). 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 (Hellmann und Eble 2009).

1.2.3 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 (Pfaff 2012). 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. Erinnerung sei insofern nur an die deutlich auf die lokalen Bedingungen von Gesundheit abhebenden Gutachten des Sachverständigenrates zur Begutachtung im Gesundheitswesen aus den Jahren 2007 und 2009, ferner an das seit einiger Zeit wachsende Interesse von Politik an „Versorgungsforschung“ (Deutscher Bundestag 2010; Pfaff 2012; Neugebauer

et al. 2008), aber auch an das vor einigen Jahren letztlich gescheiterte Präventionsgesetz. Hinsichtlich möglicher Gründe für den Bedeutungszuwachs der gesundheitlichen Kontextbedingungen 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 Funktionslogiken mit ihren Organisationen steuerungstechnisch 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 hierbei auf einfachen Kausalhypothesen fußende, rein sektoral und fachlich ansetzende 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 (Luhmann 1990, 183; Bauch 1994, 168; Vogd 2005). Überdies dürfen in diesem Zusammenhang die institutionellen Bedingungen des Gesundheitswesens in Deutschland nicht außer Acht gelassen werden, wo die nach dem 2. 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 (Zamora 2002, 39).

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. Je mehr es von den zentralen gesellschaftlichen Systemen und ihren Organisationen (Unternehmen, Bildungsinstitutionen, politische Parteien, Hilfsorganisationen) als problematisch

empfundener wird, in einer physischen oder mentalen Systemumwelt zurecht kommen zu müssen, umso größere Bedeutung erhält das Gesundheitsthema in der öffentlichen Wahrnehmung: so im Blick auf das ökonomische Erfordernis, die gesundheitlichen Voraussetzungen für verwertbares Humankapital sicherstellen zu müssen (insbesondere in Anbetracht längerer Lebensarbeitszeit), so im Blick des Erziehungssystems auf die unabdingbaren gesundheitlichen Voraussetzungen der „Bildungsfähigkeit“ von Personen, so im Blick 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 mehren sich selbst in den Gemeinderäten der Republik die Zweifel an auskömmlicher flächendeckender Grundversorgung ihrer lokalen Wählerschichten.

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 zufrieden geben, für die unter dem Anspruch einer evidenzbasierten Überprüfung gesundheitsfördernder Wirkungen klinischer Interventionen die Lebensqualität des Patienten maßgeblich geworden ist. Eine präventiv und evidenzbasiert ansetzende „Verhaltensmedizin“ weist über den engeren Aktionsradius der Medizin weit hinaus und zwingt diese zur Auseinandersetzung mit den sozial präferierten Werten „Gesundheit“ und „Teilhabe“. Diese sind Fluch und Segen zugleich. Einerseits brechen sie mit überkommenen Professionalisierungsidealen und Selbstbehauptungsstrategien. Andererseits können sie als zeitangepasster Ausdruck eines professionell gepflegten Idealismus der internen Selbstbeschreibung des Medizinsystems dienlich sein und zu einer Erhöhung von Chancen interner und externer Zuschreibung jener kausalhypothetisch immer schwerer fassbaren

Behandlungserfolge auf die Interventionen des Systems beitragen. Die ganzheitliche Versorgung des Patienten innerhalb komplexer multizentrischer, sektor-, arzt- und berufsgruppenübergreifender Steuerungsprozesse tritt an die Stelle überkommener „Regeln der ärztlichen Kunst“ und überformt das Medizinsystem mit weit ausgreifenden Ansprüchen an Gesundheitsschutz.

Gesundheit ist ein Thema von hoher Symbolkraft. Institutionell (neue Gesundheitsberufe, Versorgungskonzepte und Entwicklungen im Behandlungsbereich) 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 im Rahmen struktureller Kopplung (Luhmann 1997, 100, 779) zur Selbstdetermination anregen können. Eben hierfür ist das Gesundheitssymbol nicht der schlechteste Kandidat.

1.2.4 People Processing

Für staatliche Steuerungsprozesse sind indes Eigenarten in Rechnung zu stellen. Die wohlfahrtsstaatlicher Politik zur Verfügung stehenden Steuerungsmittel des Rechts und des Geldes stoßen auf Grenzen, wenn Personen selbst und nicht nur ihre Lebensbedingungen im Fokus stehen (Luhmann 1981, 84, 94). Die Veränderung der Person aber 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 (Luthe 2009, 27, 30, 72, 146f., 161). Man mag dies im Blick auf die politische Überformung der Initiativen wiederum als untauglichen Versuch kritisieren (Vogd 2005, 236) und diesbezüglich unter Freiheitsaspekten einen bedrohlichen Wandel vom Sozialstaat alter Prägung zu einem weit ausgreifenden, die gesamte Lebensführung des Bürgers erfassenden sozialen Schutzstaat konstatieren (Hesse 1995). 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 personen-nahen 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 (Pfaff 2012). Dies ist in Anbetracht der heute für jedweden Blödsinn aus dem Boden gestampften Masterausbildungen ein denkwürdiges Ergebnis. 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.

1.3 Die Herausforderungen

1.3.1 Die Versorgungs- und Morbiditätsstruktur aus dem Blickwinkel des Sachverständigenrates

Die Bundesregierung (2010, 1–4) nebst Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (Sachverständigenrat 2007, 2009) sieht

die wohl wichtigste Aufgabe gesundheitspolitischer Reformen neben der Sicherstellung einer flächendeckenden Grundversorgung in einer adäquaten Langzeitversorgung von chronisch und mehrfach erkrankten Patienten, vor allem im Blick 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 (Sachv.-rat 2009 Kurzf., 13, 19) 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 (ebenda 26, 45, 50, 165). 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 engerer 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 mittels einer Intensivierung kommunaler Aktivitäten in Bereichen der Pflege- und Betreuungsinfrastruktur (ebenda 55, 83, 89, 110, 115–122, 177).

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 (ebenda 175; Sachv. Langf. 706). „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.“ (Sachv. 2009, Langf., 816). Professionell basierte Ansätze (z. B. Leitlinien und Versorgungspfade) seien zwar notwendig, zur Koordination der Versorgung aber nicht ausreichend. Sie bedürften 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 populationsbezogen anbieten“ (Sachv. 2009 Langf., 887).

Noch in seinem Gutachten 2012 hat der Sachverständigenrat ein weiteres klares Bekenntnis zu Formen einer populationsbezogenen sektorübergreifenden

Versorgung abgegeben, den Schwerpunkt dieses Mal aber auf Erfordernisse eines verbesserten Qualitätswettbewerbs gelegt (Sachverständigenrat 2012). Dieser sei in bestimmter Hinsicht unterentwickelt, nämlich im Vergleich zwischen ambulanter und stationärer Behandlung. Nötig sei die Entwicklung von am Patienten und an bestimmten Bevölkerungsteilen ausgerichteten Qualitätsindikatoren, anstatt – wie bisher – den Schwerpunkt auf einrichtungsbezogene Parameter zu legen. Konstatiert wird aber gleichzeitig, dass mit der Orientierung am Patienten (etwa seinem erreichten Lebensalter, seiner Lebensqualität und der Häufigkeit von Krankenhauseinweisungen) im Bereich der Anbieter keine Verantwortlichkeiten mehr festgestellt werden können. Stattdessen: „Diese Qualitätsverantwortung soll bewusst auf regionaler Ebene je nach den jeweiligen Bedürfnissen organisiert werden“ (Sachv. 2012, Kurzf. Nr. 137). Offen bleibt, wer oder was hiermit gemeint sein könnte. Dies gilt im Übrigen für sämtliche der vorgenannten Gutachten: Den Vorschlägen zur Entwicklung von integrierten, sektorübergreifenden, populationsbezogenen, präventionsorientierten und dezentralen Versorgungsstrukturen fehlt die staatsorganisatorische Perspektive. Wer kann in diesem die überkommenen Zuständigkeiten vor allem der Sozialversicherungsinstitutionen ja in vielerlei Hinsicht übersteigenden Modellannahmen die Verantwortung übernehmen? Denn die Bereitstellung der erforderlichen Infrastruktur etwa an betreuten Wohnformen, die Gesundheitsförderung in Schule und Freizeitbereich der Kinder, das Aufsuchen der Familien, die gesundheitsbezogene Stadtplanung und Umweltpolitik, Barrierefreiheit und Inklusion, die Diagnose der epidemiologischen Bedingungen vor Ort oder auch die Gesundheitsförderung in den Unternehmen geht weit über das hinaus, was Sozialversicherungen leisten können.

1.3.2 Die Kommunen im Mehrebenensystem der Gesundheitsversorgung

1.3.2.1 Aufgabenkonzentration auf Bundes-, Landes- und versicherungsrechtlicher Selbstverwaltungsebene

So einleuchtend es nach allem erscheint, dass es ohne die Kommunen nicht geht, so unübersichtlich ist ihre gesundheitspolitische Stellung im Staatsgefüge. Einerseits wird man zugestehen müssen, dass Gesundheitsaufgaben Teil kommunaler Selbstverwaltung sind und die Kommunen im Rahmen der Gesetze hier alle Freiheiten haben (Luthe, Gesundheitliche Versorgung und kommunale Selbstverwaltungsgarantie, in diesem Band). Andererseits hat das Grundgesetz hierfür gleichzeitig bei der Gesetzgebung und Verwaltung Institutionen des

Bundes vorgesehen und den Kommunen insofern nur einen eingeschränkten Spielraum belassen (Art. 74 Nr. 7, 12 GG, Art. 87 Abs. 2 GG). Insofern ermöglicht die Verfassung ein *sich selbst verwaltendes Sozialversicherungssystem* (BVerfGE 75, 108, 146; BVerfGE 79, 87, 101), welches Krankenbehandlung Pflege und Rehabilitation primär in die Hände von Versicherten, Arbeitgebern und Leistungserbringern gelegt hat. Dieses System kann durch Zulassung kommunalpolitischer Impulse zwar *ergänzt*, aber in den zentralen Aufgabebereichen durch die Kommune nicht ersetzt werden, schon weil diese stets nur einen Ausschnitt der Versicherten repräsentieren kann, nie aber die Versicherungsgemeinschaft als Ganze. Zwar könnte der kommunale Einfluss in entsprechenden Repräsentativorganen gebündelt und von dort aus in die medizinische Versorgungsplanung eingebunden werden. Allerdings sind nicht alle Gemeindeglieder auch gesetzlich krankenversichert. Es bliebe stets eine legitimatorisch problematische Restmenge, die mit der mitgliederschaflichen Legitimation der Versicherten kollidierte. Dramatisch wäre dies gleichwohl nicht. Denn die Versorgungsleistungen sind nahezu vollständig durch Bundesgesetz vorgegeben. Lediglich im Bereich der Anbieterfinanzierung haben die Sozialversicherungen noch eigene Steuerungspotenziale. Immerhin! Wenn wir im Folgenden also über kommunale Beteiligungsoptionen nachdenken, dann nur in funktionaler Hinsicht mit dem Ziel der Verbesserung der medizinischen Versorgung und damit zur Optimierung der Sozialversicherung selbst. Die Beteiligung von Ärzten am Gemeinsamen Bundesausschuss, die bedeutende Rolle der Arbeitgeber in den Selbstverwaltungsorganen der Sozialversicherung und der geradezu verschwindende Einfluss der Sozialversicherungen auf das System der insofern bundesgesetzlich geregelten Leistungen zeigt überdies, dass es ein reines Prinzip der Versicherungselbstverwaltung ohnehin nie gegeben hat (kritisch Schulin 1994, 204, 206, 210), die Kooptation von Kommunen zu Zwecken der Information und „dosierten“ Mitentscheidung insofern jedenfalls kein ordnungspolitischer Fehler wäre. Verfassungsrechtlich ist hier ohnehin nichts vorentschieden, so dass der Gesetzgeber in Hinblick auf eine stärkere Einbindung der Kommunen seinen weiten Gestaltungsspielraum nutzen könnte.

Ein weiterer Grund für den marginalen kommunalen Einfluss ist der Umstand, dass der Bundesgesetzgeber den Kommunen *keine Aufgaben übertragen* darf (Art. 84 Abs. 1 S. 7 GG). Er kann nur die Länder binden. Diese können ihrerseits aber unter Beachtung der jeweiligen finanzverfassungsrechtlichen Vorgaben (Konnexitätsprinzip) Aufgaben auf die Kommunen übertragen (bspw. auf einen kommunalen Gesundheits- und Pflegerat). Insofern bei den Kommunen Aufgabenverpflichtungen im Bereich der Gesundheit anfallen (vor allem unter dem Kompetenztitel „Öffentliche Fürsorge“, Art. 74 Nr. 7 GG und im Zuge des