

**MÖGLICHKEITEN, GRENZEN UND PERSPEKTIVEN
EINER OPTIMIERUNG DER GESUNDHEITLICHEN VERSORGUNG DURCH
KOMMUNALISIERUNG VON GESUNDHEITSBEZOGENEN STEUERUNGS- UND
MANAGEMENTPROZESSEN**

Eine empirienahe, steuerungstheoretische Analyse auf der Grundlage von Erfahrungen und Ergebnissen aus dem Modellprojekt „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“ in Nordrhein-Westfalen

DISSERTATION

Zur Erlangung des akademischen Grades eines
Doktors der Gesundheitswissenschaften
„Doctor Public Health“
an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften
der Universität Bielefeld

vorgelegt von
Pablo Zamora

Bielefeld, April 2002

Verfasser: Pablo Zamora
Horstheider Weg 32
33613 Bielefeld
email: pablo.zamora@uni-bielefeld.de

Erstgutachter: Prof. Dr. Bernhard Badura

Zweitgutachter: Prof. Dr. Bernhard Güntert

Vorwort

Viele wissenschaftliche Schriften, so die vorliegende, haben einen beruflichen Entstehungszusammenhang. Die Wurzeln dieser Dissertation reichen bis in den Herbst des Jahres 1995 zurück als ich als frischer Absolvent des Studiengangs 'Gesundheitswissenschaften' die Chance erhielt, an der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts 'Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung' des Landes Nordrhein-Westfalen mitzuwirken. Wenn auch meine ersten Schritte in dieser Welt der politiknahen Evaluationsforschung wegen der Komplexität, des Umfangs und des innovativen Charakters des Forschungsgegenstands nicht einfach waren, muss ich rückblickend feststellen, dass ich erst durch dieses Projekt einen intensiven und prägenden Einblick in die Funktionsweise, die Strukturprobleme und die Entwicklungspotenziale des deutschen Gesundheitssystems bekommen konnte. Die gewonnenen Erfahrungen und Erkenntnisse, die ich als wissenschaftlicher Angestellter der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld erweitern konnte, sind die Voraussetzung für die Entstehung dieser Arbeit gewesen. Für diese lehrreichen Jahre möchte ich mich in erster Linie bei Prof. Dr. Bernhard Badura für sein Vertrauen und seine Unterstützung bedanken.

Mein Dank gilt selbstverständlich auch all denen, die dazu beigetragen haben, diese Arbeit Realität werden zu lassen. Erwähnen möchte ich meine langjährige und geschätzte Mitarbeiterin und Kollegin Alexandra Vasia, meine Kollegen und Freunde Meik Schnabel, Peter Wilking, Karl-Ulrich Homann, Sonja Barth, Barbara Flöder und Olaf v.d. Knesebeck. Bedanken möchte ich mich darüber hinaus bei Andrea Kleist, Reinhard Samson, Dirk Philippsen, Johannes Möller, Hajo Zeeb und Prof. Dr. G. Stollberg, die mir insbesondere in der letzten 'heißen' Phase der Arbeit ihre wertvolle Hilfe haben zukommen lassen. Nicht versäumen möchte ich, mich bei Prof. Dr. Bernhard Güntert für seine Bereitschaft zu bedanken, meine Arbeit als Zweitgutachter zu betreuen. Sie alle – und viele unerwähnt Gebliebene – haben mich moralisch und fachlich hervorragend unterstützt und mir gerade in schwierigen Momenten das gute Gefühl gegeben, nicht auf mich allein gestellt zu sein.

Meinen Eltern, meiner Tochter und meiner Frau möchte ich schließlich für ihre Geduld, ihr Verständnis und ihre emotionale Unterstützung meine tiefste Dankbarkeit zum Ausdruck bringen.

Pablo Zamora

Einleitung	5
Kapitel I: Gesellschaftliche und gesundheitspolitische Hintergründe einer Kommunalisierung von gesundheitsbezogenen Steuerungs- und Managementprozessen	12
1. Gesundheitspolitik als 'Krankenversorgungspolitik'.....	16
1.1 Fragmentierung und Schnittstellenproblematik	18
1.2 Mangelnde Patienten-/Bürgerorientierung und -partizipation	19
1.3 Unzureichende Orientierung an Prävention und Gesundheitsförderung.....	20
2. Implikationen und Konsequenzen für die Reformdiskussion im deutschen Gesundheitswesen.....	22
2.1 Integration	24
2.2 Stärkere Bürger-/Patientenorientierung und -partizipation	26
2.3 Stärkere Ausrichtung auf Prävention und Gesundheitsförderung.....	27
3. Die 'Kommune' als analytischer Gegenstand.....	28
3.1 Die Kommune und die kommunale Gesundheitspolitik – eine begriffliche Präzisierung unter Berücksichtigung geltender rechtlicher Rahmenbeding- gen	29
3.1.1 Die 'Kommune'als zusätzliche Steuerungs- und Gestaltungsebene im Kontext des (zukünftigen) Gesundheitssystems. Erkenntnisleitende Annahmen und Argumente	32
Kapitel II: Die Kommune als gesundheitspolitisches Handlungsfeld – ein Überblick über den Diskussions- und Forschungsstand und Konsequenzen für die eigene Fragestellung	35
1. 19. Jahrhundert: Ursprünge.....	35
2. Weimarer Republik und Nachkriegsjahrzehnte.....	38
3. 70er Jahre: die Wiederentdeckung der Kommune als gesundheitspolitisches Handlungsfeld.....	40
4. 90er Jahre: Neue ÖGD Gesetze und neue Ansätze einer Kommunalisierung im Gesundheitswesen.....	44
4.1 Konsequenzen für die eigene Fragestellung und Vorgehensweise	47
4.1.1 Fragestellung.....	48
4.1.2 Empirische Basis.....	48
4.1.3 Erkenntnistheoretische Orientierung und Methodik.....	49
4.1.4 Aussagekraft der Analyse	50
5. Zusammenfassung	50
Kapitel III: Die 'Ortsnahe Koordinierung' und ihre konzeptionell-theoretischen Grundlagen	52
1. Hintergrundinformationen zum Modellprojekt 'Ortsnahe Koordinierung'.....	52
2. Erwartungen, Prioritäten und Ziele des Projektträgers.....	55
3. Anlage und Funktionsweise des Modellprojekts 'Ortsnahen Koordinierung'.....	60
4. Arbeits- und Vorgehensweise der Managementstrukturen.....	63
5. Zusammenfassung Teil A	64
6. Theoretisch-konzeptionelle Leitbilder der Ortsnahen Koordinierung.....	65

6.1	„Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“: eine 'weiche' Steuerungsstrategie im Gesundheitswesen	66
6.2	Ausgangspunkt: Die Steuerungsproblematik funktional differenzierter Gesellschaften. Politische Steuerung als systemtheoretisches Problem.....	67
6.3	Konsequenzen aus der autopoietischen Systemtheorie für die Steuerungsdiskussion in Deutschland.....	71
6.3.1	'Weiche Steuerung' mittels 'Kontextsteuerung' in Netzwerken autonomer Akteure.....	72
6.3.2	Fazit und Ableitung steuerungstheoretischer Prämissen für die weitere Analyse	80
6.4	Der 'Runde Tisch' als organisatorischer Nukleus eines ortsnahen <i>Politik-Netzwerks</i> zur Verbesserung der Koordination und Kooperation im Gesundheitssystem	81
6.4.1	Richtlinien und Prinzipien zur 'Formalisierung' der Kommunikations- und Abstimmungsprozesse im Netzwerk zur „Ortsnahen Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“	83
6.4.2	'Systematisierung' der Planungs- und Entscheidungsprozesse der 'Ortsnahen Koordinierung' in Anlehnung an eine zielorientierte Managementkonzeption.....	84
6.5	Zusammenfassung	88

Kapitel IV: Zur Evaluation der 'Ortsnahen Koordinierung': Konzeption, Ergebnisse und Schlussfolgerungen..... 90

1.	Die wissenschaftliche Begleitung des Modellprojekts „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“	91
1.1	Untersuchungsanlage und Gegenstandsbereich	92
1.1.1	Gegenstandsbereiche der Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation.....	93
2.	Zentrale Befunde aus der Evaluation des Modellprojekts 'Ortsnahe Koordinierung' – zusammenfassende Darstellung.....	99
2.1	Befunde der Strukturevaluation	100
2.1.1	Ausgangssituation in den beteiligten Kommunen	101
2.1.2	Merkmale der Geschäftsstellen.....	101
2.1.3	Teilnehmerstruktur der Gremien.....	102
2.2	Befunde der Prozessevaluation	104
2.2.1	Interaktion in den Netzstrukturen (Runde Tische und Arbeitsgruppen)...	104
2.2.2	Arbeitsweise und Verfahren.....	105
2.2.3	Moderation der Runden Tische und Arbeitsgruppenleitung.....	105
2.3	Befunde der Ergebnisevaluation	106
2.3.1	Aufbau und Etablierung einer Managementstruktur auf kommunaler Ebene, bestehend aus dem 'Runden Tisch' bzw. der Gesundheitskonferenz, themenspezifischen Arbeitsgruppen und lokalen Geschäftsstellen.....	106
2.3.2	Auf- bzw. Ausbau der Gesundheitsberichterstattung (GBE) als notwendige Grundlage einer rationalen, bedarfsorientierten Gesundheitspolitik und -planung und zur Herstellung von Transparenz im Gesundheitssystem	107
2.3.3	Förderung der organisations- und professionsübergreifenden Koordination und Kooperation im Hinblick auf mehr Verzahnung und Vernetzung im Gesundheitssystem auf örtlicher Ebene und zwischen örtlicher und Landesebene	108

2.3.4	Entwicklung, Verabschiedung und Umsetzung von einvernehmlichen Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung.....	109
2.3.5	Optimierung von Planungs- und Entscheidungsprozessen im Hinblick auf ein planvolles, zielorientiertes Handeln der Akteure der Gesundheitspolitik (Etablierung eines Verfahrens zum kommunalen Gesundheitsmanagement).....	112
2.3.6	Optimierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung in Problembereichen des kommunalen Gesundheitswesens.....	115
2.4	Befunde aus den Zusammenhangsanalysen und der 'Tiefenevaluation' der wissenschaftlichen Begleitung.....	115
2.4.1	Wesentliche Einflussfaktoren der Prozesse in den Arbeitsgruppen.....	116
3.	Zusammenfassende Betrachtung der Ergebnisse.....	118
4.	Diskussion der Ergebnisse aus steuerungstheoretischer Perspektive und Konsequenzen für die Weiterentwicklung eines kommunalen Gesundheitsmanagements.....	122
4.1	Zur innerorganisatorischen Kommunikation zwischen kommunaler und überörtlicher Ebene.....	123
4.2	Probleme mit der Implementation eines Modells zum kommunalen Gesundheitsmanagement.....	127

Kapitel V:	Die Diagnose der gesundheitlichen Lage als zentrale Aufgabe des kommunalen Gesundheitsmanagements – konzeptionelle Überlegungen zu ihrer Ausgestaltung aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive.....	131
1.	Der Diagnoseprozess aus Public Health-Perspektive.....	132
2.	Konzeptionelle Vorbilder einer Public Health orientierten Diagnose der gesundheitlichen Lage auf kommunaler/regionaler Ebene.....	135
3.	Konsequenzen für die idealtypische Strukturierung und Systematisierung einer gesundheitsbezogenen Diagnose der Ist-Situation in der Kommune.....	138
3.1	Der epidemiologische Erhebungsansatz: Beschreibung der gesundheitlichen Lage anhand gesundheitsbezogener Basisindikatoren.....	142
3.1.1	Kriterien für die Auswahl von Basisindikatoren.....	143
3.1.2	Auswahl und Begründung der Basisindikatoren zur gesundheitlichen Lage und deren Determinanten.....	145
3.2	Einschätzungen und Beobachtungen von einschlägigen Experten.....	159
3.3	Die Erhebung der Bürger-/Patientenperspektive durch das 'Erhebungsmodell'... ..	160
3.3.1	Dokumentation: von der Diagnose zur kommunalen Gesundheitsberichterstattung.....	164
3.3.2	Exkurs: Zuständigkeit für die kommunale Gesundheitsdiagnose.....	164
3.3.2.1	Zur Vision 'kommunaler Gesundheitsdienst'.....	165
3.3.2.2	Organisationsentwicklung einschließlich der Etablierung eines Führungskonzeptes.....	167
3.3.2.3	Die Abteilung 'Medizinischer Dienst der Kommune'.....	167
3.3.2.4	Die Abteilung 'internes Management'.....	167
3.3.2.5	Die Abteilung 'Kommunales Gesundheitsmanagement / Kommunale Gesundheitsplanung'.....	167
3.3.2.6	Die Abteilung 'kommunale Gesundheitsförderung'.....	168
4.	Zusammenfassung.....	169

Kapitel VI: Zusammenfassende Betrachtung und Ausblick.....	170
1. Chancen und Perspektiven einer 'bottom up – Feinsteuerung' des Gesundheitssystems. Ein Ausblick unter Berücksichtigung gegenwärtiger Reformansätze	174
2. Forschungsbedarf – offene Fragen zur Perspektive einer integrierten Versorgung in regionaler bzw. kommunaler Perspektive.....	178
Literatur.....	183
Anhang	211

Einleitung

A. Problemhintergrund und Zielsetzung

Das deutsche Gesundheitssystem weist im Vergleich zu überwiegend staatlichen oder marktwirtschaftlich orientierten Systemen eine Reihe von Stärken auf, die über Jahrzehnte hinweg eine Vorbildfunktion für andere Länder hatten. Dazu zählen u.a. eine Versorgung ohne Warteliste, ein freier und unbürokratischer Zugang zu Arzt und Krankenhaus, ein umfassender Versicherungsschutz für alle sowie ein einheitlicher und vom Einkommen unabhängiger Leistungsanspruch. Seine Vorbildfunktion hat das deutsche Gesundheitswesen in den letzten Jahren allerdings einbüßen müssen, nachdem international ausgelegte Studien – aber auch nationale Analysen – Deutschland wiederholt eine ungünstige 'Ziel-Mittel-Relation' attestierten. In der Tat liegt die Lebenserwartung in Deutschland unter dem Durchschnitt der Länder der Europäischen Union und sie hat sich in den letzten zehn Jahren langsamer entwickelt als in vielen seiner Nachbarländer. Im OECD-Vergleich der Sterblichkeit für wichtige Volkskrankheiten zeigen sich für Deutschland entweder durchschnittliche oder knapp über dem Durchschnitt vergleichbarer europäischer Länder und der Vereinigten Staaten liegende Werte (Kapitel I). Vergleicht man etwa die Sterblichkeit aufgrund eines Schlaganfalls, Diabetes mellitus, Darmkrebs und Brustkrebs in Deutschland mit der Sterblichkeit in Frankreich, Italien, England, Finnland, Schweden und den Niederlanden, so belegt Deutschland für jede dieser Erkrankungen einen der drei schlechtesten Plätze (Glaeske/Lauterbach 2002:27ff). Diesen gravierenden Qualitäts- bzw. Effektivitätsproblemen stehen im internationalen Vergleich über dem Durchschnitt liegende Ausgaben gegenüber. Deutschland hat die höchsten Ausgaben, relativ und absolut, für Gesundheit in Europa (ebenda). 'Spitzenplätze' belegt Deutschland ebenso bei der Zahl der Ärzte und Krankenhausbetten pro Einwohner und bei der Krankenhausverweildauer mit entsprechenden Konsequenzen für die Beitrags- und Kostenstruktur.

Diese Situation ist nicht von heute auf morgen entstanden, sondern beruht auf erheblichen Strukturdefiziten im deutschen Gesundheitswesen, die sich durch eine langjährige Fehlsteuerung bzw. fehlgeschlagene Steuerungsversuche gefestigt haben.

Fehlsteuerung bzw. ineffektive Steuerung sind wiederum auf die Eigenart des deutschen Gesundheitssystems zurückzuführen. Die Strukturen dieses Systems sind über Jahrzehnte zu einem kaum steuerbaren Geflecht von Wirtschafts-, Standes-, und politischen Interessen gewachsen, in dem die „Hypostasierung“ (Bauch 1996:56f) bzw. Optimierung der jeweils eigenen Funktion im Vordergrund steht (Glaeske/Lauterbach 2002:2; Ferber v. 2001:656). Diese

Tendenz führte zur Entstehung einzelner Rationalitäten, zu einer Fragmentierung von Planungs- und Versorgungsprozessen, zu einer zunehmenden Intransparenz im Leistungsgeschehen und zur Bildung ausdifferenzierter Versorgungsbereiche. Diese über Jahrzehnte fortschreitende Desintegration und Ausdifferenzierung des Gesundheitssystems manifestiert sich heute nicht nur in Form einer ungünstigen Ziel-Mittel-Relation, sondern darüber hinaus in einer Parallelität von Über-, Unter- und Fehlversorgung - ein Phänomen, das mittlerweile als das Kernproblem auf dem Weg zu einem bedarfsgerechten, patienten- und effizienzorientierten Gesundheitssystem betrachtet wird (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/2001. Band III).

Die Gesundheitspolitik des Bundes ist traditionell von einer Kostendiskussion geprägt. Nicht die oben skizzierten Struktur- und Qualitätsmängel und deren Bearbeitung standen im Vordergrund der zahlreichen Gesundheitsreformgesetze und Reformstrategien der 70er, 80er und zum Teil 90er Jahre, sondern das Oberziel der Beitragsstabilität in der Gesetzlichen Krankenversicherung. Erst in der zweiten Hälfte des letzten Jahrzehnts wurden Struktur- und Qualitätsaspekte (und damit das genannte Kernproblem) zunehmend in den Fokus der Reformdiskussion gerückt: Die 1997 mit dem '2. GKV-Neuordnungsgesetz' eingeleitete und mit dem 'Gesundheitsreformgesetz 2000' fortgesetzte neue Gesundheitspolitik hat mit der Implementation strukturverändernder Maßnahmen begonnen. Insgesamt beinhaltet das aktuelle Gesetzeswerk auf Bundesebene wichtige Reformansätze, die eine Erweiterung existierender Steuerungsinstrumente, eine höhere Bedarfsgerechtigkeit sowie eine Optimierung von Strukturen und Prozessen im Versorgungssystem bewirken sollen (Kapitel I, Abschnitt 2). Die im Kontext dieser – die kommunale Ebene fokussierende – Analyse besonders relevanten Ansätze sind die 'Integration der Versorgung', die 'Förderung der Bürger-/Patientenorientierung und -partizipation im Gesundheitswesen' und die 'Stärkung der Prävention/Gesundheitsförderung'. Wenn auch diese Reformstrategien unterschiedliche Ansatzpunkte und Zielebenen umfassen, so zeichnen sie sich dadurch aus, dass deren Umsetzung eine stärkere und konsequentere Kommunalisierung bzw. Regionalisierung von Steuerungs- und Planungsprozessen des Versorgungssystems voraussetzen. Zum einen steigt im Zusammenhang mit der Planung und Konkretisierung einer 'integrierten Versorgung' der Bedarf an Planungsdaten mit kommunalem bzw. regionalem Bezug, zum anderen ist die stärkere Orientierung an den Leitbildern 'Gesundheitsförderung' und 'Bürgerorientierung' an eine konsequentere Verankerung von Steuerungsinstrumenten und Beteiligungsmöglichkeiten auf kommunaler bzw. regionaler Ebene gekoppelt.

Damit rückt die kommunale Ebene zunehmend als gesundheitspolitische Steuerungs- und Gestaltungsebene in das Blickfeld der Reformdiskussion und der gesundheitswissenschaftlichen Analyse. Durch die implizite Kommunalisierung bzw. Regionalisierung der Reformdiskussion bekommt auch der Diskurs um eine 'kommunale Gesundheitspolitik', der seit Mitte der 80er Jahre fast ausschließlich im Zusammenhang mit der Umsetzung der Gesundheitsförderungs-Programmatik geführt wurde, eine neue Facette: Kommunale Bedarfslagen und Prioritäten werden auch für Versorgungssektoren relevant, für deren Gestaltung bislang überwiegend korporatistische Akteure außerhalb der Kommunen zuständig sind, wie z.B. für die ambulante medizinische und die stationäre Versorgung.

Vor dem Hintergrund dieser Einschätzung erfordert die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion eine (Re-)Analyse und Neubewertung der gegenwärtigen und zukünftigen Interventions- und Mitentscheidungsmöglichkeiten der Kommunen bei der Prioritätensetzung und der Gestaltung der örtlichen bzw. regionalen Versorgungsstrukturen. An dieser Stelle setzt die vorliegende Untersuchung an. Ihr empirischer Gegenstand ist die 'Kommune' als zusätzliche Steuerungs- und Gestaltungsebene im Kontext des (zukünftigen) Gesundheitssystems (Kapitel I, Abschnitt 3). Mit diesem Untersuchungsgegenstand knüpft der Autor an eine in Deutschland in der zweiten Hälfte des letzten Jahrzehnts ansetzende Diskussion an, in deren Mittelpunkt die Perspektive einer kommunalen Koordination und Feinsteuerung der lokalen gesundheitlichen Versorgung stand. So bilden sich verstärkt ab Anfang der 90er Jahre in vielen Bundesländern neue, unterschiedlich geartete kommunale bzw. regionale Koordinations- und Steuerungsgremien mit dem Ziel, die gesundheitliche und/oder soziale Versorgung – meistens in einem bestimmten Versorgungssektor – durch eine bessere Kooperation und Vernetzung der relevanten Akteure und durch eine stärkere Berücksichtigung der Bedarfs- und Bedürfnislage vor Ort zu optimieren (Kapitel II, Abschnitt 4). Eine herausragende Rolle in diesem Zusammenhang spielt die mittlerweile gesetzlich verankerte Strategie einer 'Ortsnahen Koordination der gesundheitlichen und sozialen Versorgung' des Landes NRW¹. Mit dem gleichnamigen Modellprojekt (1995-1998) wird zum ersten Mal in der Bundesrepublik ein groß angelegter Versuch unternommen, eine 'Feinsteuerung' der gesamten gesundheitlichen und sozialen Versorgung vor Ort durch ein themenübergreifendes, aus Professionellen und Laien zusammengesetztes Gremium – der Runde Tisch bzw. die kommunale Gesundheitskonferenz – zu realisieren.

¹ Im Folgenden wird die Abkürzung 'Ortsnahe Koordinierung' benutzt.

Mit diesem Ansatz betritt die nordrhein-westfälische Gesundheitspolitik insofern Neuland, als es ihr nicht nur darum geht, die Steuerungs- und Gestaltungsmöglichkeiten der Kommunen im Bereich der Gesundheitsförderung voranzutreiben bzw. zu erweitern, sondern darüber hinaus auch den Einfluss auf Steuerungs- und Planungsakteure in den Bereichen der kurativen Versorgung, der Pflege und der Rehabilitation zu stärken (vgl. Kapitel III, Teil A).

Eine weitere Besonderheit der 'Ortsnahen Koordinierung' ist die mit ihrer Umsetzung verbundene Absicht, die kommunale Gesundheitsberichterstattung als Planungs- und Steuerungsinstrument auf- und auszubauen und sie als zentralen Baustein eines umfassenden 'kommunalen Gesundheitsmanagements' zu etablieren. (vgl. Kapitel III, Teil B).

Aus wissenschaftlicher und politischer Sicht weiterhin bemerkenswert ist der Umstand, dass der Umsetzungsprozess der 'Ortsnahen Koordinierung' einer wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation unterzogen wurde, womit zum ersten Mal – abgesehen von einem Erfahrungsbericht von Schröder et al. (1986) – wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse in einem bis heute kaum erforschten gesundheitspolitischen Feld, die Steuerung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung unter Einbezug der kommunalen Perspektive, vorgelegt werden konnten.

Die wissenschaftliche Begleitung dieses Modellprojekts – an der der Autor der vorliegenden Studie beteiligt war² – konnte die grundsätzliche Realisierbarkeit bzw. Durchführbarkeit der 'Ortsnahen Koordinierung' bestätigen und damit ihre Tauglichkeit als Gesundheitsmanagementstrategie auf kommunaler Ebene belegen. Allerdings weisen die Ergebnisse und die dokumentierten Umsetzungserfahrungen auf strukturelle und prozessuale Probleme hin, deren systematische Betrachtung und Bearbeitung jedoch nicht mehr im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung geleistet werden konnten. Ebenso wenig ließen der zeitliche und konzeptionelle Rahmen der Evaluation eine tiefgehende Auseinandersetzung mit den theoretischen und konzeptionellen Grundlagen der 'Ortsnahen Koordinierung' zu. An diesen 'offenen Fragen' im Forschungsprogramm der genannten wissenschaftlichen Begleitung knüpft die hier vorliegende Untersuchung an: Der Autor will so zum einen die theoretischen und konzeptionellen Grundlagen der 'Ortsnahen Koordinierung' stärker herausarbeiten und reflektieren. Zum anderen sollen – ausgehend von einer systematischen Betrachtung und Analyse der dokumentierten Ergebnisse und Erfahrungen – verfahrensorientierte und handlungsleitende Empfehlungen für die Weiterentwicklung und Etablierung eines kommunalen Gesundheits-

² Projektleiter waren Herr Prof. Dr. Bernhard Badura (Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften) und Prof. Dr. Johannes Siegrist (Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Institut für medizinische Soziologie). Der Autor der vorliegenden Analyse war von November 1995 bis April 1997 wissenschaftli-

managements abgeleitet und aus Public Health Perspektive begründet werden. Eine zentrale Zielsetzung der Untersuchung besteht folglich darin, das Konzept eines 'kommunalen Gesundheitsmanagements' – ausgehend von dem Ansatz der 'Ortsnahen Koordinierung' – theoretisch-konzeptionell zu verorten und Schlussfolgerungen für dessen Weiterentwicklung abzuleiten. Somit beabsichtigt der Autor einerseits einen Beitrag zur Gesundheitssystemforschung mit kommunalen Bezug zu leisten, andererseits die 'Praktiker' in der kommunalen Gesundheitspolitik mittels eines ergänzenden, theoretisch fundierten Beitrags anzuregen, das eigene Tun zu reflektieren.

B. Fragestellung

Vor dem Hintergrund der genannten Zielsetzung und angesichts der zentralen Rolle, die der Kommune im Rahmen anstehender Reformschritte zukommt, richtet sich das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Untersuchung auf folgende zentrale Untersuchungsfrage:

Welche Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Weiterentwicklung und Etablierung eines kommunalen Gesundheitsmanagements zur Feinsteuerung der gesundheitlichen Versorgung lassen sich aus den nordrhein-westfälischen Erfahrungen mit der 'Ortsnahen Koordinierung' ableiten und wie lässt sich diese Strategie theoretisch erfassen?

C. Empirische Basis

Mit Ausnahme einer eigens für die vorliegende Arbeit durchgeführten postalischen Befragung (vgl. Anhang), wird auf die Erhebung von Primärdaten verzichtet. Die durchgeführte Analyse basiert folglich weitestgehend auf einer Sekundäranalyse bzw. Reanalyse der im Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts 'Ortsnahe Koordinierung' dokumentierten Ergebnisse und Erkenntnisse. Zusätzlich herangezogene Berichte, Aufsätze und sonstige Dokumente im Zusammenhang mit der Evaluation der 'Ortsnahen Koordinierung' werden gesondert angegeben.

D. Erkenntnistheoretische Orientierung und Methodik

Erkenntnistheoretisch lehnt sich die vorliegende Untersuchung an ein kritisch-emanzipatorisches Wissenschaftsverständnis an, wie es in Deutschland die 'Frankfurter Schule' geprägt hat (Horkheimer 1938/1968; Adorno 1972). Maßgeblich für das Erkenntnisziel ist demzufolge nicht nur die Beschreibung der 'Ortsnahen-Koordinierungs-Strategie', sondern

cher Mitarbeiter dieser Begleitforschung. Von Mai 1997 bis Ende 1999 oblag ihm die Betreuung und Anleitung des Evaluationsteams am Standort Bielefeld in der Funktion des stellvertretenden Projektleiters.

auch die kritische Auseinandersetzung und Beurteilung ihrer Annahmen sowie der im Verlauf ihrer Umsetzung dokumentierten Effekte und Ergebnisse.

Methodisch lehnt sich die vorliegende Studie an die Untersuchungsform der 'Reanalyse' bzw. 'Sekundäranalyse' des vorhandenen und ggf. interpretierten Datenmaterials an (vgl. Kromrey 1986:322; Klingemann/Mochmann 1975). Mit diesem methodischen Vorgehen ist die Absicht verbunden, die primäre Datenverarbeitung und -interpretation um eine vertiefende Betrachtung und Analyse zu ergänzen. Die vertiefende Reanalyse und Reinterpretation der Evaluationsergebnisse geht zum einen von einem erweiterten Erkenntnisinteresse aus, zum anderen berücksichtigt sie zusätzliche theoretische und konzeptionelle Aspekte des Forschungsgegenstands. Auf der Basis dieser Reanalyse der 'Ortsnahen Koordinierung' und der Reinterpretation der Ergebnisse ihrer Umsetzung werden Konsequenzen und Schlussfolgerungen für deren Weiterentwicklung und organisatorische Verankerung abgeleitet.

E. Vorgehensweise und Aufbau der Analyse

Wie mit dem Titel der Arbeit angedeutet, gliedert sich die vorliegende Analyse in drei Blöcke, die aufeinander aufbauen und den Stichworten 'Möglichkeiten', 'Grenzen' und 'Perspektiven' zugeordnet werden können. Entsprechend dieser Reihenfolge geht es zunächst darum, ausgehend von den Effektivitäts- und Effizienzproblemen im deutschen Gesundheitssystem (Kapitel I) und von den bisherigen Kommunalisierungsansätzen (Kapitel II), auszuloten, ob und inwieweit ein 'kommunales Gesundheitsmanagement' dazu beitragen kann, die gesundheitliche und soziale Versorgung bottom up (an der kommunalen Ebene ansetzend) effizienter und effektiver zu gestalten (Möglichkeiten). Dieses Untersuchungsziel wird sowohl theoretisch als auch empirisch durch das Heranziehen von Umsetzungserfahrungen mit der 'Ortsnahen Koordinierung' verfolgt (Kapitel III, Teil A). Die zentralen theoretischen Referenzpunkte bilden hierbei die sowohl systemtheoretisch als auch akteurtheoretisch inspirierten Ansätze der 'Kontextsteuerung' und der Steuerung mittels 'Politiknetzwerke' (Kapitel III, Teil B).

Auf der Grundlage der Implementationserfahrungen mit der 'Ortsnahen Koordinierung' geht es in einem zweiten Schritt darum, die Grenzen einer kommunalen Steuerungs- und Managementstrategie im Gesundheitswesen exemplarisch aufzuzeigen und die Praxiserfahrungen einer steuerungstheoretischen Reflexion zu unterziehen (Kapitel IV). Im Hinblick auf die Weiterentwicklung einer ortsnahen Managementstrategie im Gesundheitswesen (Perspektiven) werden dann die zentrale Problembereiche identifiziert und daraus verfahrensorientierte Vorschläge und Empfehlungen abgeleitet und diskutiert (Kapitel V).

Die Analyse schließt mit einer Zusammenfassung der zentralen Aspekte und Befunde und mit einem Ausblick, der Anknüpfungspunkte aufzeigt und Anregungen für die zukünftige Forschung gibt (Kapitel VI).

F. Aussagekraft der Analyse

Hinsichtlich des Verwertungszusammenhangs der Studie bedingt der empirische Bezug zu einem Projekt des Landes NRW zwangsläufig eine Einschränkung der Aussagekraft der erzielten Ergebnisse und formulierten Empfehlungen auf die Kontextbedingungen in diesem Bundesland. Die theoretischen Überlegungen und Bezugspunkte sowie die Schlussfolgerungen hinsichtlich der Möglichkeiten, Grenzen und Perspektiven eines kommunalen Gesundheitsmanagements geben jedoch Anhaltspunkte für die Implementation dieser Strategie auch in anderen Bundesländern.

G. Schreibform

Die Leserinnen mögen mir die ausschließlich männlich angewandte Schreibform in dieser Arbeit hoffentlich nicht übel nehmen. Dieses geschah nur, um den Leserinnen und Lesern einen besseren Lesefluss zu bieten.

Kapitel I: Gesellschaftliche und gesundheitspolitische Hintergründe einer Kommunalisierung von gesundheitsbezogenen Steuerungs- und Managementprozessen

Alle Institutionen und Aktivitäten, die in einem nationalen Kontext auf die Versorgung mit Gesundheitsleistungen und deren Finanzierung ausgerichtet sind, lassen sich mit dem Begriff 'Gesundheitssystem' zusammenfassen. Ein Gesundheitssystem besteht also im Kern aus zwei Subsystemen oder Teilbereichen: dem Versorgungssystem und dem Finanzierungssystem.

Eine zentrale, in allen Gesundheitssystemen zu beobachtende Prämisse besteht darin, mit möglichst wenig materiellen Ressourcen einen größtmöglichen Erfolg, gemessen z.B. am Gesundheitszustand und Wohlbefinden der Bevölkerung, zu erzielen. Diese 'Ziel-Mittel-Relation' ist zu einem zentralen Bewertungskriterium der international ausgerichteten Gesundheitssystemforschung geworden. Nicht zuletzt wird auf deren Grundlage die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems eingeschätzt (vgl. z.B. Hajen et al. 2000:240ff; OECD 1997; WHO 2000; Böcken et al. 2000; Herder-Dornreich 1980:1ff).

Betrachtet man die Ziel-Mittel-Relation in den Gesundheitssystemen der führenden Industrienationen, so ergibt sich für die Bundesrepublik ein paradoxes Ergebnis: Bezogen auf den Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt nimmt Deutschland mit 10,7 Prozent eine Spitzenposition ein (OECD 1997, Böcken et al. 2000). Nur in den USA liegen die Kosten noch höher.

Die hohen Gesundheitsausgaben spiegeln sich in den Versorgungskennziffern: Deutschland weist durchgängig deutlich überdurchschnittliche Werte auf. So rangiert die BRD bei der Akutbettendichte sowie bei den Pflgetagen in der akut-stationären Versorgung im europäischen Vergleich auf Platz eins, bei Krankenhauseinweisungen und durchschnittlicher Verweildauer auf Platz zwei. Auch in Bezug auf die Ärztedichte nimmt die Bundesrepublik eine Spitzenstellung ein (vgl. Böcken et al. 2000:37f; darüber hinaus OECD 1997). Dieser vergleichsweise hohe Mitteleinsatz schlägt sich jedoch nur begrenzt im Gesundheitszustand der Bevölkerung nieder. So liegt Deutschland z.B. hinsichtlich der Sterblichkeit an kardiovaskulären Erkrankungen und nicht-malignen Lungenerkrankungen deutlich über dem europäischen Durchschnitt. Die Lebenserwartung der Frauen liegt leicht und die der Männer etwas stärker unter der anderer europäischer Staaten mit geringeren Gesundheitsausgaben. Lediglich die Säuglingssterblichkeit konnte merklich reduziert und unter den europäischen Durchschnittswert gesenkt werden (vgl. Böcken et al. 2000:5-6; 38). Bei einem internationalen Benchmarking von Indizes der Lebenserwartung und der verlorenen Lebensjahre zwischen 14

wirtschaftlich in etwa vergleichbaren Ländern schneidet Deutschland dagegen unterdurchschnittlich ab (vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/2001 – Band I:19f).

Der Vergleich ökonomischer und epidemiologischer Parameter deutet auf eine mangelnde Effektivität des deutschen Gesundheitswesens und auf eine ineffiziente Mittelverwendung hin, also auf eine ungünstige Ziel-Mittel-Relation. Vor diesem Hintergrund wird seit Jahren eine Erhöhung der Effektivität und der Effizienz im deutschen Gesundheitssystem gefordert, die um so dringlicher erscheint, als für die Zukunft aufgrund demographischer und ökonomischer Entwicklungen eine Verschärfung des Kosten- und Qualitätsdrucks zu erwarten ist. Diese Einschätzung beruht hauptsächlich auf drei eng gekoppelten gesellschaftlichen Entwicklungen mit weitreichenden Folgen für die sozialen Sicherungssysteme und damit auch für das Gesundheitssystem:

- Die absolute Bevölkerungszahl nimmt ab und es findet eine 'demographische Alterung'³ statt.
- Die Zahl chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen nimmt zu. Hierdurch entsteht eine zunehmend komplexere Versorgungslage.
- Es findet eine Verschlechterung der Relation zwischen erwerbstätigen und nicht-erwerbstätigen Mitgliedern der Gesetzlichen Krankenversicherung statt.

Der Altersaufbau der Bevölkerung der Bundesrepublik verschiebt sich zunehmend in Richtung der älteren Altersgruppen. Ursachen sind die niedrige Geburtenzahl und die steigende Lebenserwartung. Seit etwa 30 Jahren werden in Deutschland deutlich weniger Kinder geboren als zur zahlenmäßigen Nachfolge ihrer Elterngeneration notwendig wären. Müsste eine Generation zahlenmäßig durch die nachfolgende ersetzt werden, so wären dazu durchschnittlich 2,1 Kinder pro Frau erforderlich. Im Jahre 1995 lag die Geburtenhäufigkeit in Deutschland jedoch bei einem durchschnittlichen Wert von 1,42 Geburten pro Frau. Berechnungen der UN unterstellen zwar einen Wiederanstieg der Kinderzahl pro Frau zwischen 2040-2050 von 1,4 auf 1,64. Doch trotz der angenommenen Zunahme der Geburtenrate würde die Bevölkerungszahl ohne Ein- und Auswanderungen von 81,7 Mio. (1995) auf 58,8 Mio. (2050) schrumpfen (vgl. Birg 2000:14f).

³ Unter dem Begriff 'demographische Alterung' versteht man den Anstieg des Durchschnittsalters der Bevölkerung, wobei als Maß für das Durchschnittsalter z.B. das sogenannte Medianalter verwendet wird, das heute in Deutschland 38 Jahre beträgt: Jeder zweite Mann ist älter als 37, jede zweite Frau älter als 40 (Birg 2000:13).

Während sich die relative Geburtenhäufigkeit in Deutschland auf niedrigem Niveau stabilisiert, nimmt die Lebenserwartung seit Jahrzehnten zu. Vor hundert Jahren lag die mittlere Lebenserwartung noch 30 Jahre niedriger als heute. Selbst gegenüber 1970 hat sich die mittlere Lebenserwartung um etwa 7 Jahre erhöht. Die mittlere Lebenserwartung betrug 1997 in den alten Bundesländern 74,4 Jahre bei Männern und 80,5 Jahre bei Frauen. In der 9. koordinierten Bevölkerungsvorausrechnung des Statistischen Bundesamtes wird eine weitere Zunahme der Lebenserwartung von etwa 4 Jahren bis zum Jahr 2050 angenommen.

Die prognostizierten Veränderungen in der Bevölkerungsentwicklung beeinflussen ihrerseits die für die Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme relevante Altersstruktur (Morschhäuser 2000:24ff). Nach Berechnungen von Birg (2000) nimmt die Zahl der Jugendlichen von 1998 bis 2050 kontinuierlich von 17,7 Mio. auf 9,7 Mio. ab, während die Zahl der über 80jährigen im gleichen Zeitraum stetig von 3,0 Mio. bis auf rd. 10 Mio. wächst. Die Gruppe der unter 40jährigen ist 1998 noch deutlich größer als die der über 60jährigen (42,3 Mio. versus 17,9 Mio.). In Zukunft kehrt sich das Verhältnis um: Die Gruppe der über 60jährigen ist größer als die der unter 40jährigen (Tabelle 1 und 2)⁴.

Tabelle 1: Bevölkerungszahl (in Mio.) Jahresanfang

<i>Alter</i>	<i>1998</i>	<i>2030</i>	<i>2050</i>	<i>2080</i>
Unter 20	17,7	12,0	9,7	7,8
20 bis unter 40	24,6	16,3	13,4	10,4
40 bis unter 60	21,9	19,9	17,1	13,1
60 und älter	17,9	29,4	27,8	21,7
80 und älter	3,0	6,6	10,0	7,6
<i>Gesamtbevölkerung</i>	<i>82,1</i>	<i>77,5</i>	<i>68,0</i>	<i>53,1</i>

Tabelle 2: Prozentuale Anteile der Altersgruppen

<i>Alter</i>	<i>1998</i>	<i>2030</i>	<i>2050</i>	<i>2080</i>
Unter 20	21,6	15,5	14,3	14,6
20 bis unter 40	30,0	21,0	19,7	19,6
40 bis unter 60	26,7	25,7	25,2	24,7
60 und älter	21,8	37,9	40,9	40,9
80 und älter	3,7	8,5	14,7	14,3
<i>Gesamtbevölkerung</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>	<i>100,0</i>

Quelle: Birg 2000:23

⁴ Ergebnisse der im Auftrag des Gesamtverbands der Deutschen Versicherungswirtschaft für die Rentenreform 2000 durchgeführten demographischen Projektionsrechnungen von Birg (2000).

Verschiebungen sind ebenso bei den Todesursachen zu konstatieren: Starben die Menschen zu Beginn des 20. Jahrhunderts noch überwiegend an akuten Krankheiten, so wurden diese im Zeitverlauf von den chronischen Erkrankungen abgelöst. 1995 waren 71% der Sterbefälle bei Männern und 76% bei Frauen auf Krankheiten des Kreislaufsystems und bösartige Neubildungen zurückzuführen. Von gesundheitspolitischer Bedeutung ist der mittlerweile wissenschaftlich hinreichend belegte Zusammenhang zwischen Alter, Multimorbidität und chronischen Erkrankungen (Marstedt/Müller 1998:104; Schott 1996:145ff; Kuhn 1998:42; Morschhäuser 2000:27f). Aufgrund des sich verändernden Krankheitspanoramas und des demographischen Wandels wird die Zahl chronisch Kranker und pflegebedürftiger Menschen zunehmen. Obwohl gleichzeitig die Häufigkeit von Krankheiten, die vornehmlich bei jüngeren Personen auftreten, abnimmt, wird die demographische Entwicklung zu einer weiteren Ausgabensteigerung auf dem Gesundheitssektor führen. Diese Entwicklung wird gleichzeitig das Versorgungssystem vor neue Herausforderungen hinsichtlich Qualität bzw. Effektivität der Leistungen stellen. Denn die Versorgungsbedürfnisse und -probleme chronisch Kranker und pflegebedürftiger älterer Menschen umfassen die Bereiche der medizinischen Versorgung ebenso wie den Bereich der sozialen und psychosozialen Hilfen und Beratung, der Gesundheitsförderung und der Rehabilitation.

Derart komplexe Versorgungserfordernisse sind nicht allein durch einen ausreichenden Versicherungsschutz, durch freien Zugang zu Angeboten oder durch Geldleistungen zu bewältigen. Zunehmend wird deutlich, dass den Versorgungsaufgaben gerade für den genannten Personenkreis nur als Gemeinschaftsaufgabe und in abgestimmter Art und Weise zu begegnen sind. Dies erfordert eine Zusammenarbeit über organisatorische Grenzen und berufliche Kompetenzen hinaus und eine bessere Vernetzung und Verzahnung der medizinischen und sozialen Angebote, Dienste und Einrichtungen. Mit anderen Worten: Komplexe Versorgungslagen erfordern komplexe Versorgungsstrukturen und entsprechende Instrumente der Systemgestaltung und -steuerung (vgl. Scharf/Dickersbach 1996:61; Badura et al. 2001).

Die skizzierten Verschiebungen in der demographischen Entwicklung und bei dem Todesursachenspektrum stellt die sozialen Sicherungssysteme und in erster Linie das System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vor erhebliche Finanzierungsprobleme. Die demographische Alterung erhöht die Ausgaben und senkt die Einnahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung. Die Einnahmen schrumpfen wegen der demographisch bedingten abnehmenden Zahl der Personen im erwerbstätigen Alter, von der die Zahl der Beitragszahler abhängt, bis 2040 um rd. 30%. Gleichzeitig nehmen die Ausgaben aufgrund von zwei Faktoren

zu: Zum einen erhöht sich die Zahl der älteren Personen, zum anderen steigen die Ausgaben auf Grund der mit höherem Alter zunehmenden Pro-Kopf-Ausgaben für die Gesundheit. Birg zur Folge wachsen diese Ausgaben dadurch bis 2040 um 22% (Birg 2000:34). Vor dem Hintergrund der genannten Faktoren wird es zu einer zunehmenden finanziellen Belastung der GKV kommen.⁵

1. Gesundheitspolitik als 'Krankenversorgungspolitik'

Gesundheitskosten sind im Kontext der GKV über Lohnnebenkosten mit der wirtschaftlichen Entwicklung verkoppelt. Steigende Gesundheitskosten führen – über steigende Beiträge – zu erhöhten Lohnnebenkosten, verteuern die Arbeit und schränken so die Wettbewerbsfähigkeit ein (vgl. Bauch 1996:57). Gerade diese Verknüpfung von Gesundheits- und Lohnkosten führte dazu, dass die Gesundheitspolitik bislang faktisch eine 'Krankenversorgungspolitik' (Rosenbrock 1998¹:1) war, in deren Mittelpunkt die Finanzierung medizinisch-ärztlicher Leistungen stand. In Folge dessen konzentrierten sich die Steuerungs- und Interventionsversuche des Staates darauf, die Ausgabendynamik des Gesundheitssystems zumindest mit der Wachstumsdynamik der Wirtschaft zu parallelisieren (vgl. Bauch 1996:57). Die Steuerungsstrategien bedienten sich dementsprechend zum größten Teil Instrumente einer globalen Sparpolitik (Höchstbeträge, -preise und -sätze, Selbstbeteiligungsregelungen, Arzneimittelbudgets etc.).⁶ Zentrales Ziel dieser Steuerungsinstrumente war und ist die Ausgabenbegrenzung bei den Kostenträgern. Bewirkt wurden jedoch nur kurzzeitige Bremseffekte in der Ausgabendynamik; die Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven durch die Beseitigung strukturell bedingter Versorgungsdefizite (Doppeluntersuchungen, Doppelinvestitionen, Diskontinuitäten in der Versorgung etc.) konnte mit dieser Art von Globalsteuerung nicht erzielt werden.

Bereits Mitte der achtziger Jahre zogen vor diesem Hintergrund Schröder et al. (1986) ein Fazit, das heute nach wie vor Gültigkeit beanspruchen kann: Durch eine Globalsteuerung mit Hilfe von fiskalischen Instrumenten kann nur indirekt und ungezielt Einfluss auf die Mengen- und Preisentwicklung von Gesundheitsleistungen genommen werden; ein Einfluss auf Art,

⁵ Die Leistungsausgaben der GKV stiegen in den letzten zehn Jahren kontinuierlich von 174 (1991) auf 246 Milliarden Mark (2000) (vgl. Der Spiegel 34/2001:28). Zur Zeit (Oktober 2001) beläuft sich das Defizit der Kassen bundesweit auf rund 4,9 Milliarden Mark und liegt damit doppelt so hoch wie im Vorjahreszeitraum (Korzilius, H. 2001²: Das Fünf-Milliarden-Loch. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 98, Heft 37, 14.09.01:1862).

⁶ Mittlerweile beläuft sich die Anzahl der staatlichen Interventionen in das Gesundheitssystem auf 46 Gesundheitsgesetze mit 6800 Einzelbestimmungen seit 1977 (vgl. Jahrbuch für Kritische Medizin 1997 Nr. 28, Seite 6ff). Beispielhaft erwähnen lassen sich an dieser Stelle die Kostendämpfungsgesetze der 70er Jahre, das Gesundheitsreformgesetz des Jahres 1989 und die Gesundheitsstrukturgesetze der 90er Jahre.

Qualität und Effektivität der Leistungen kommt ihnen nicht zu (vgl. Schröder et al. 1986:23). Heute, fünfzehn Jahre später und um einige Erfahrungen reicher, spricht die gegenwärtige Gesundheitspolitik – in Person der Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt – von erheblichen Strukturdefiziten im Gesundheitswesen, die sich durch „langjährige Fehlsteuerung“ gefestigt haben (vgl. Korzilius 2001¹).

Aktueller Anlass für diese resignierende Feststellung der amtierenden Gesundheitsministerin war der dritte Teil des Gutachtens zur medizinischen Unter-, Über- und Fehlversorgung, den der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Mitte 2001 vorgelegt hat. Der Sachverständigenrat stellt in seinem Gutachten bei zehn Krankheitsgruppen erhebliche Defizite sowohl bei der Akutversorgung als auch bei Prävention und Rehabilitation fest. Diese Ergebnisse basieren auf einer Befragung von Bundesländern, ärztlichen Körperschaften, Verbänden der Krankenkassen einerseits und Fachgesellschaften und Betroffenen-Organisationen andererseits:⁷

„Insbesondere die Befragungsergebnisse der 41 antwortenden Betroffenenorganisationen weisen als durchgängige Klage darauf hin, dass durch abgegrenzte Zuständigkeitsbereiche der Leistungsträger Versorgungsbrüche entstehen. Medizinisch sinnvolle Verzahnungen von Behandlungsphasen und -formen (der Kuration, Prävention, Rehabilitation, ggf. der sozialen Reintegration, der Hilfsmittelanpassung, der Schulung) entfallen oder werden dysfunktional deformiert. Mängel an Aufklärung und Entscheidungsteilnahme werden beklagt. Insgesamt lassen sich über unterschiedliche Krankheiten und Patientengruppen hinweg konvergente Muster überholter Paradigmen und Versorgungsgewohnheiten erkennen. Konkret genannt werden u.a. die Dominanz einer kurativen Versorgung, einschließlich eines entsprechenden strukturellen Überversorgungsgrades und die 'somatische Fixierung' des Gesundheitssystems“ (vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/2001 – Band III:18).

Betrachtet man die oben erwähnte Ziel-Mittel-Relation des deutschen Gesundheitssystems und das Ausmaß der Effektivitätsprobleme seiner Versorgungsstrukturen, so scheint das obige Fazit der Gesundheitsministerin das Dilemma der Gesundheitspolitik treffend auf den Punkt zu bringen. In der Tat konnten weder die globalen Steuerungsversuche durch den Staat noch die Steuerungsleistungen der korporativen Akteure auf Verbandsebene bislang – wie die Ausführungen des Sachverständigen Rates exemplarisch zeigen – nennenswerte und dauerhafte Effektivitätsverbesserungen erzielen und dadurch Wirtschaftlichkeitsreserven freisetzen. Ein wesentlicher Grund hierfür besteht darin, dass diese Interventionen die systemimmanenten

⁷ Diese Befragung war so angelegt, dass neben Daten und Einschätzungen der Leistungsanbieter und Krankenkassen sowie Studien und Wertungen der wissenschaftlichen Fachgesellschaften auch empirisch nachvollziehbare Erfahrungsberichte von Betroffenen-Organisationen – im Sinne der in Band I, Kapitel 3 des Gutachtens 2000/2001 vom Rat aufgestellten Forderung nach mehr Patientenorientierung – Eingang finden konnten. Einseitigkeit der Bewertung der Gesundheitsversorgung sollte so vermieden werden (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/2001 – Band III:24).

Strukturmängel und deren Auswirkungen auf das Leistungsgeschehen lange Zeit nicht ausreichend berücksichtigt haben.

Im Rahmen dieser einführenden Problemanalyse und Bezug nehmend auf die oben zitierten Ergebnisse des Sachverständigenrates lassen sich drei zentrale Strukturmängel nennen, deren konsequente Thematisierung und Bearbeitung von den Gesundheitswissenschaften angestoßen wurde und die mittlerweile auch von der Gesundheitspolitik fokussiert werden:

- a) die Fragmentierung und Schnittstellenproblematik des Versorgungs- und Finanzierungssystems (1.1),
- b) die mangelnde Patienten-/Versicherten-/Bürgerpartizipation an Planungs- Gestaltungs- und Entscheidungsprozessen des Gesundheitssystems (1.2), und
- c) die unzureichende Ausrichtung der Gesundheitspolitik und des Versorgungssystems an Prävention und Gesundheitsförderung (1.3).

Im Folgenden werden die wesentlichen Implikationen dieser Strukturmängel näher erläutert.

1.1 Fragmentierung und Schnittstellenproblematik

Das deutsche Gesundheitssystem lässt sich durch eine historisch gewachsene Fragmentierung und funktionale Differenzierung charakterisieren, die zur Entstehung mehr oder weniger isolierter Versorgungsbereiche (Prävention/Gesundheitsförderung, Kuration, Rehabilitation, Pflege) geführt haben. Diese Versorgungsbereiche differenzieren sich wiederum in ambulante, teilstationäre und stationäre Organisationsformen (vgl. Klein-Lange et al. 1998).

Diese ausdifferenzierten Versorgungsbereiche zeichnen sich prinzipiell durch eine hohe Leistungsfähigkeit und Spezialisierung aus. Allerdings ist diesem zergliederten System der gesundheitlichen Versorgung – wie allen stark ausdifferenzierten sozialen Systemen – ein grundlegendes Problem eigen: Die zunehmende Spezialisierung und Arbeitsteilung führt zur Ausbildung bereichsspezifischer Rationalitäten und Präferenzen, die sich oft dysfunktional auf die Ziele des Gesamtsystems auswirken können (im Falle des deutschen Gesundheitssystems insbesondere die Ziele 'Wirtschaftlichkeit' und 'Beitragssatzstabilität').

Diese komplexen sozialen Systemen immanente Dysfunktionalität manifestiert sich im Falle des Systems der gesundheitlichen und sozialen Versorgung in einer mangelnden Kommunikation und Abstimmung auf der Steuerungs-, Planungs- und Leistungsebene (Schnittstellenproblematik) und in Folge dessen – wie die erwähnten Ergebnisse des Sachverständigen Rates

aufzeigen – in einer unzureichenden Integration und Verzahnung der ausdifferenzierten Versorgungsstrukturen, was z.T. zu einer Unter- und/oder Überversorgung führt. Eine weitere Folge der Schnittstellenproblematik sind uneinheitliche und/oder mangelnde Planungsgrundlagen sowie eine mangelnde Transparenz des Planungs- und Leistungsgeschehens (auch bedingt durch die rechtlich fixierte Zersplitterung der Entscheidungskompetenzen und der Finanzverantwortung(vgl. Badura et al. 1995).

1.2 Mangelnde Patienten-/Bürgerorientierung und -partizipation

Souveränität und Partizipation stellen Schlüsselkompetenzen des Nutzers von Gesundheitsdiensten dar, die einen wesentlichen Einfluss auf Prozess- und Ergebnisqualität der Leistungen und auf die Wirtschaftlichkeit des gesamten Systems ausüben:

„Die in der Gesundheitspolitik grundsätzlich von allen Akteuren akzeptierten Ziele der Angemessenheit, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit lassen sich nicht ohne oder gegen die Bürger, Versicherten und Patienten erreichen, sondern nur gemeinsam mit ihnen. Wir sprechen in diesem Zusammenhang von der Koproduktionsthese, weil sich bei der genaueren Betrachtung einzelner Kernprozesse im Gesundheitswesen, z.B. in der Akutversorgung und Rehabilitation chronisch Kranker (...) zeigt, wie sehr die Experten (...) auf die Mitarbeit der betroffenen Bürger, Beschäftigten und Patienten angewiesen sind“ (Badura 2001¹:66).

Die Beteiligung von Bürgern, Versicherten und Patienten an den die gesundheitliche Versorgung betreffenden Entscheidungen ist nach Meinung des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, aber auch in der Einschätzung von Public Health-Experten, defizitär. Der Sachverständigenrat sieht vordringlichen Entwicklungs- und Umsetzungsbedarf insbesondere bei Modellen der Verfahrensbeteiligung (z.B. das Recht auf Anhörung, Stellungnahmen sowie Modelle der Beratungsbeteiligung). (vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/2001- Band I: 40ff; Badura/Hungeling 1999; Badura et al. 1999; Badura 2001¹; Reibnitz v. et al. (Hrsg. 2001); Rosenbrock 2001). Hier besteht trotz aller Unsicherheiten in Theorie und Praxis ein erheblicher Fortentwicklungsbedarf. Im Gegensatz zum entwickelten und fortzuentwickelnden System von individuellen Rechten für Patienten, fehlt es auf der Ebene des Gesundheitssystems an vergleichbar entwickelten und wünschenswerten allgemeinen oder kollektiven Rechten der Patienten-, Versicherten- und Bürgerbeteiligung (vgl. Francke/Hart 2001:23).

Der Bürger bzw. der Patient vertritt die 'Kundenperspektive'. Seine subjektiven Einschätzungen ermöglichen es, zentrale Informationen darüber zu erhalten, wo die Brennpunkte, Defizite und Schwachstellen gesundheitlicher Leitungen 'erlebt' werden. Diese an sich plausible Er-

kenntnis – die im übrigen für alle personenbezogenen Leistungen gilt – findet erst seit relativ kurzer Zeit Eingang in die nationalen und internationalen Debatten zur Weiterentwicklung von Gesundheitssystemen.⁸ Daraus wird die Forderung nach einer 'Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen' abgeleitet. Darunter wird hier in Anlehnung an Francke/ Hart (2001) die kollektive Einbeziehung von Bürger-, Versicherten und Patienteninteressen durch individuelle oder gruppenbezogene Repräsentanz in Verfahren kollegialer Kommunikation und Entscheidung im Gesundheitswesen verstanden (vgl. Francke/Hart 2001:28; vgl. Abschnitt 2.2 in diesem Kapitel).

1.3 Unzureichende Orientierung an Prävention und Gesundheitsförderung

Wissenschaft und Forschung liefern zunehmend gesicherte Erkenntnisse darüber, dass Gesundheit und Krankheit ursächlich bedingt sind durch die unmittelbaren und mittelbaren Lebensverhältnisse, die natürliche und soziale Umwelt, die Arbeitsbedingungen und die Lebensformen innerhalb moderner Industriegesellschaften (Überblick bei Evans et al. 1994; Bröskamp-Stone et al. 1998; Deutsche Gesellschaft für Public Health (Hrsg.) 1999; Schwartz et al. 1999).

Die Lebenserwartung in den meisten industriellen und demokratischen Gesellschaften stieg im letzten Jahrhundert um über 30 Jahre. Nach Schätzungen des amerikanischen 'Centers for Disease Control' sind davon rund 25 Jahre auf Verbesserungen der Lebensbedingungen und der Zugangschancen zu medizinischer Versorgung zurückzuführen, also auf Fortschritte bei der Intervention und Durchführung von Maßnahmen, die unter dem Begriff 'Public Health' zusammengefasst werden können. Insbesondere Public Health orientierte Maßnahmen wie die Verbesserung der Ernährung, der Verkehrssicherheit, des Arbeitsschutzes, der Wasser- und Sanitärhygiene, der Individualhygiene und der bessere Zugang zur Familienplanung und zu technischen Fortschritten der medizinischen Versorgung von Müttern und Kleinkindern trugen zu einer Steigerung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität bei. Geht man von dieser Erkenntnis aus, sind Häufigkeit und Verteilung von Gesundheit und Krankheit in Bevölkerungen in erster Linie von den Lebensbedingungen und den Lebensstilen der Menschen bestimmt: Die wichtigsten Krankheitsrisiken und Gesundheitschancen entstehen in einem Sys-

⁸ Auf der Ebene der Europäischen Union beispielsweise wurde das Thema 'Bürgerorientierung' im Zusammenhang mit Gesundheitsberichterstattung (GBE) auf einer in Potsdam stattgefundenen Konferenz (27. bis 29. Januar 1999) ins Zentrum der strategischen Überlegungen zur Gestaltung einer gemeinsamen EU-Gesundheitspolitik gerückt.

tem alltäglicher Muster, wobei die vom Menschen geschaffenen Systeme der Kultur und der technologischen Organisation unserer Lebenswelten fundamental sind. Hierzu zählen neben den Belastungsbedingungen das soziale Beziehungsgefüge und der Bildungsstand, die Wohn- und Arbeitsbedingungen, aber auch die Organisation von Gesundheitsleistungen. Vor diesem Hintergrund stellt die klinische Medizin zwar einen unverzichtbaren, in den Präferenzen der Bevölkerung und der Politik hoch geschätzten Teil des Versorgungssystems dar; wichtige oder gar die wesentlichen positiven und negativen Einflüsse auf die Reduzierung von Gesundheitsrisiken (Primärprävention), auf die Gesundheitserhaltung und auf die Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität sind jedoch in der unmittelbaren Lebensumwelt des Individuums zu suchen (Schwartz et al. 1999:23f).

Diese Erkenntnisse der Public Health Forschung trugen maßgeblich zur Begründung und Formulierung der Gesundheitsförderung-Programmatik durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) bei (WHO 1986): Gesundheitsförderung setzt – in Anlehnung an den salutogenetischen Ansatz⁹ – bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und Potenziale der Menschen und auf allen gesellschaftlichen Ebenen an. Gesundheitsförderung umfasst Maßnahmen, die auf die Veränderung und Förderung sowohl des individuellen und des kollektiven Gesundheitsverhaltens als auch der Lebensverhältnisse abzielen, also der Rahmenbedingungen, die Gesundheit und Gesundheitsverhalten jedes Einzelnen und ganzer Bevölkerungen beeinflussen (vgl. Brösskamp-Stone; Schmacke et al. 1998:191f).

Der zentrale Leitgedanke der Gesundheitsförderung-Programmatik besteht darin, die Voraussetzung für Gesundheit in allen Lebensbereichen durch soziale und politische Interventionen dahingehend zu beeinflussen, dass „allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit“ ermöglicht wird (WHO 1986). Eine gesundheitsfördernde Gesundheitspolitik muss folglich eine holistische und umfassende Ausrichtung haben. Ihr Gegenstand ist dann nicht nur die Frage der Finanzierung, der Organisation und der Effektivität des medizinischen Versorgungssystems, sondern auch die Entwicklung und Steuerung von Maßnahmen zur Optimierung der gesundheitsrelevanten Lebensumwelt (Rosenbrock 1998²:707). Das Konzept der Gesundheitsförderung hat ein Umdenken in den präventiven Gesundheitspolitiken bewirkt, ablesbar an einer allmählichen Verschiebung der Schwerpunkte weg von individuellen, verhaltensorientierten Präventionsansätzen hin zu komplexeren Ansätzen der Gesundheitsförderung (Schwartz et al. 1998¹). So sind auch in Deutschland Interventionsprogramme von der WHO lanciert worden, von denen wesentliche Anstöße zu einem Wechsel

⁹ Vgl. Antonovsky 1987

der Orientierung und der Handlungsprogramme insbesondere im Kontext des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ausgingen (vgl. Überblick bei Troschke (Hrsg.) 1991; Kreuter et al. 1995; Trojan 1999:782). Vor allem das 'Gesunde Städte-Programm' hat die Notwendigkeit für eine 'gesunde Politik' betont, die sowohl einer stärkeren Mobilisierung und Partizipation der Bevölkerung durch eine 'Demokratisierung des formellen Sektors'¹⁰ als auch einer aktiven gesundheitsverträglichen Gestaltung der kommunalen Lebensverhältnisse (Verhältnisprävention) bedarf (vgl. Grunow/Grunow-Lutter 2000:21)¹¹.

Trotzdem wird Gesundheitspolitik in Deutschland (insbesondere auf Bundesebene¹²) noch überwiegend als Politik, Verwaltung und Finanzierung von Krankheit verstanden und betrieben (Kellermann et al. 2001:27ff). Das deutsche Gesundheitssystem bleibt vorrangig ein medizinisches, auf Kuration ausgerichtetes Versorgungssystem. Die gesellschaftliche Posterität von Gesundheitsförderung kommt nicht zuletzt bei deren Anteil an den Gesundheitsausgaben zum Ausdruck: Dieser betrug 1996 ca. 1% der Krankenkassenbudgets (vgl. Bröskamp-Stone/Schmacke et al. 1998:191).

Vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung eigener Erkenntnisse, sieht der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen einen erheblichen Handlungsbedarf auf dem Feld der Prävention und Gesundheitsförderung (vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/2001. Band I:34).

2. Implikationen und Konsequenzen für die Reformdiskussion im deutschen Gesundheitswesen

Die deutsche Gesundheitspolitik ist traditionell von einer 'Kostendiskussion' geprägt. Im Mittelpunkt stand und steht die nachhaltige Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Nicht die oben skizzierten Struktur- und Qualitätsmängel und deren Bearbeitung standen lange im Vordergrund der zahlreichen Gesundheitsreformgesetze und Reformstrate-

¹⁰ D.h. durch verfasste Mitbestimmungsrechte für die Nutzer der gesundheitlichen und sozialen Dienste (vgl. Hildebrandt/Trojan 1992:133f).

¹¹ Realistischerweise muss jedoch festgestellt werden, dass trotz dieser externen konzeptionellen Einflüsse, die dominierende politikleitende – ebenso wie die professionsleitende – Vorstellung immer noch die einer kurativen Medizin ist, die der Gesundheitsförderung und der Verhaltens- und Verhältnisprävention nur einen geringen Stellenwert beimisst.

¹² In mehreren Gesundheitsdienstgesetzen wurde Gesundheitsförderung inzwischen als Querschnittsaufgabe für die Landespolitik und den Öffentlichen Gesundheitsdienst aufgenommen. Darüber hinaus finanzieren einige Länder eigene Landesvereinigungen für Gesundheit/Gesundheitsförderung sowie Präventionsprogramme. Gesundheitsämter haben zudem in vielen Fällen Stabstellen für Gesundheitsförderung eingerichtet (vgl. Bröskamp-Stone/Schmacke et al. 1998:191; Grunow/ Grunow-Lutter 2000).

gien, sondern das Oberziel der Beitragsstabilität.¹³ Erst im Verlauf der 90er Jahre wurden Struktur- und Qualitätsaspekte zunehmend in den Fokus der Reformdiskussion gerückt. Allerdings lässt erst das Gesetz zur Reform der Gesetzlichen Krankenversicherung (Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 1999) und das kürzlich verabschiedete Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs¹⁴ durch die Einführung von 'Disease-Management-Programmen' (DMPs) zum ersten Mal eine ernsthafte Reflexion der strukturellen Mängel im Gesundheitssystem erkennen, auf die die Public Health-Forschung und insbesondere die Gesundheitssystem- und Versorgungsforschung in der Bundesrepublik seit Jahren hinweist (vgl. Überblick bei Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH) 1999; Badura et al. 2001). Dementsprechend werden die neuen rechtlichen Bestimmungen von dem Gedanken getragen, dass eine Veränderung bzw. Optimierung von Strukturen und Leistungsprozessen notwendig ist, damit die gesundheitliche Versorgung den geänderten Anforderungen gerecht werden kann. Die Frage der Kosten bzw. Ausgaben wird hierbei keinesfalls aus den Augen verloren, sie wird jedoch – wie die nachfolgende Stellungnahme des Gesundheitsministeriums im Vorfeld der Verabschiedung des Gesetzes zur Gesundheitsreform 2000 deutlich macht – aus einem anderen Blickwinkel betrachtet:

“Das Problem besteht ja nicht darin, dass in der gesetzlichen Krankenversicherung zu wenig finanzielle Mittel vorhanden wären, sondern die Mittel werden teilweise falsch (oder unökonomisch) verwendet, also bislang zu wenig zielgenau eingesetzt. Diese Fehlsteuerung führt einerseits zu einer Unterversorgung, andererseits zu einer Überversorgung in manchen Bereichen. Die Überversorgung besteht in unnötigen oder sogar manchmal die Gesundheit gefährdenden Leistungen, sowie Doppel- und Mehrfachuntersuchungen“ (Bundesministerium für Gesundheit 1999:16).

Insgesamt beinhaltet das aktuelle Gesetzeswerk auf Bundesebene wichtige – und zum Teil im Rahmen von Modellprojekten umgesetzte – Reformansätze, die eine Erweiterung des gegenwärtigen Steuerungsinstrumentariums, eine höhere Bedarfsgerechtigkeit sowie eine Optimie-

¹³ Vgl. Überblick über Inhalt und Regelungen der Gesundheitsstrukturgesetze der 90er Jahre im Jahrbuch für kritische Medizin, 1997, Nr. 28, Seite 6f.

¹⁴ Dieses Gesetz trat in Januar 2002 in Kraft. Es sieht vor, dass der Koordinierungsausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) einvernehmlich die Diagnosen und Anforderungen für Disease-Management-Programme empfiehlt. Auf der Grundlage dieser Empfehlung hat das BMG am 07. Februar 2002 folgende Krankheitsentitäten für DMPs festgelegt: Diabetes melitus Typ 1 und Typ 2 (inkl. Modul Hypertonie), Chronisch obstruktive Atemwegserkrankungen (Asthma Bronchiale und COPD), Koronare Herzkrankheit (inkl. Hypertonie) und Brustkrebs. In einem zweiten Schritt wird der Koordinierungsausschuss bis Mitte März die Anforderungen an die Ausgestaltung der Programme definieren und an das BMG empfehlen. Die Anforderungen sollen hierbei u.a. folgende gesetzlich definierte Eckpunkte berücksichtigen: Behandlung nach evidenzbasierten Leitlinien unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors; durchzuführenden Qualitätssicherungsmaßnahmen; Schulungen der Leistungserbringer und der Versicherten; Dokumentation und Bewertung der Wirksamkeit des Behandlungsprogramms und der Kosten (Evaluation) etc. (vgl. Müller de Cornejo et al. 2002:7).

rung von Strukturen und Prozessen im Versorgungssystem bewirken sollen (vgl. nachfolgende Tabelle 3).

Tabelle 3: Auswahl aktueller Reformansätze zur Verbesserung der Steuerung und Integration im Versorgungssystem

<ul style="list-style-type: none"> • Ausbau der Steuerung auf der Individualebene <p>→ Ansatzpunkt „<i>Arzt</i>“</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Primärarztsystem, Hausarztmodell - Neue Vergütungsformen (z.B. Fall- und Pro-Kopf-Pauschale) - Mehr Spielraum für Einzelverträge
<ul style="list-style-type: none"> • Ausbau der Steuerung auf der Individualebene <p>→ Ansatzpunkt „<i>Patient</i>“</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Disease-Management-Programme (ab 01.01.2002) - (Höhere) Selbstbeteiligungen / Zuzahlungen - Förderung der Eigenverantwortung der Versicherten (z.B. Versichertenbonus in der hausärztlichen und integrierten Versorgung) - Förderung der Patienten-/ Versichertenberatung
<ul style="list-style-type: none"> • Ausbau der Steuerung auf Systemebene <p>→ Ansatzpunkt „<i>Versorgungssystem</i>“</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien zur Steuerung der ambulanten und stationären Versorgung - Neue Versorgungsformen (z.B. integrierte Versorgung; vernetzte Praxen) - Stärkung der Primärprävention und Gesundheitsförderung - Förderung der Selbsthilfe und deren Organisationen. Bürgerorientierung-/partizipation.

Die im Kontext dieser – die kommunale Ebene fokussierende – Analyse besonders relevanten Ansätze sind:

- die Integration der Versorgung (2.1),
- die Förderung der Bürger-/Patientenorientierung und -partizipation im Gesundheitswesen (2.2), und
- die Stärkung der Gesundheitsförderung (2.3).

Im Folgenden werden diese Reformstrategien im Hinblick auf ihre Intention sowie ihre Implikationen für eine stärkere Kommunalisierung bzw. Regionalisierung von Steuerungs- und Planungsprozessen im Gesundheitswesen erläutert.

2.1 Integration

Die GKV-Gesundheitsreform 2000 sieht u.a. vor, mittels integrierter Versorgungsformen bzw. -systeme eine Verbesserung der Qualität und der Effizienz zu bewirken (§§ 140 a-h SGB V). Dieses Ziel kann allerdings nur dann erreicht werden, wenn die 'Integrationsversorgung' nicht nur nach Kosten-Nutzen-Überlegungen gestaltet wird, sondern auch und vorwie-

gend nach sozialepidemiologischen Gesichtspunkten. Konkret heißt das: Die region- bzw. kommunenspezifische gesundheitliche, soziale und demographische Lage muss bei den Planungs- und Gestaltungsprozessen der anvisierten neuen Versorgungsformen Berücksichtigung finden. Nur so – durch eine lokale bzw. regionale Orientierung – kann gewährleistet werden, dass dem Grundprinzip der Bedarfsgerechtigkeit der Gesundheitsversorgung (§§ 70 I, 141 I SGB V; Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion 2000/2001 – Band III: 32) und der Erfordernis der 'Bürgernähe' im Gesundheitswesen Rechnung getragen wird.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen stellt Hagen Kühn zutreffend fest:

„(...) Regionalität ist ein immanenter Bestandteil der Integration. Was immer durch Gesetz und öffentliche Finanzierung ermöglicht und gefördert wird, es ist nur so nützlich, wie es sich auf lokaler bzw. regionaler Ebene konkretisiert. Medizinische und pflegerische Dienstleistungen sind – abgesehen von einigen hochspezialisierten und besonders kostspieligen Einrichtungen – per se lokale oder regionale Einrichtungen. Zwar müssen die Probleme der gesundheitsbezogenen Intervention und Versorgung auf sämtlichen Ebenen von Gesellschaft und Politik angegangen werden, aber die entscheidende Ebene, auf der sich alle Bemühungen zu beweisen haben, ist die lokale bzw. regionale. Der mögliche Nutzen einer stärkeren Regionalisierung ergibt sich aus der notwendigen Orientierung auf die Gesundheit der Bevölkerung (Public Health-Orientierung). Netzwerke von Organisationen, die eine koordinierte Versorgung entlang der gesamten gesundheitsbezogenen Interventions- und Versorgungskette organisieren, sollten auf definierte Populationen bezogen und für deren Gesundheit auch öffentlich verantwortlich sein“ (Kühn 2001:51; darüber hinaus Badura et al. 2001:303).

Wegen der weitgehenden Überlappung der beiden Strategien (Regionalität und Integration) prognostiziert der Autor eine Neubewertung des Themas Regionalisierung bzw. Kommunalisierung der Gesundheitspolitik:

„Nicht die in Deutschland weitgehend blutarmen politischen Traditionen der Regionalisierung, sondern die **Integration** (...) wird das Regionalisierungsthema mit all seinen Schwierigkeiten und Widersprüchen tendenziell wieder auf die Tagesordnung der Gesundheitspolitik setzen. Integrierte Versorgungssysteme werden regional und lokal sein und diese Regionalität kann und sollte gesundheitspolitisch gestaltet werden“ (Kühn 2001:58).

Diese – auch in neuen gesundheitswissenschaftlichen Publikationen anzutreffende These (vgl. v. Ferber 2001; Badura et al. 2001) – basiert nicht zuletzt auf der Erkenntnis, dass die für eine effiziente und bedarfsgerechte Entwicklung integrierter Versorgungssysteme benötigten Orientierungsdaten mit kommunalem bzw. regionalem Bezug z.Zt. nicht in ausreichendem Maße zur Verfügung stehen. So konstatiert der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem letzten Gutachten, dass der Erkenntnisstand von Kassen, Kammern, kassenärztlichen Vereinigungen und öffentlich-rechtlichen Gebietskörperschaften, zumal in regionalisierter, d.h. 'konkret vor Ort bezogener' Betrachtung, derzeit in keiner Weise ausreicht und sich auch durch die Zusammenführung von sogenannten Routinedaten allein

nicht herstellen lässt (vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/2001- Band III: 17).

Sozialepidemiologische Orientierungsdaten mit kommunalem bzw. regionalem Bezug können am effektivsten in bzw. von den Kommunen selbst erhoben und ausgewertet werden, z.B. im Kontext und im Auftrag kommunaler/regionaler Gesundheitskonferenzen oder vergleichbarer Gremien. Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen sollten integrierte Versorgungssysteme „(...) perspektivisch in ein regional integriertes Gesundheitsmanagement eingebettet sein“ (Kühn 2001:62). Diese Option steht im Mittelpunkt der vorliegenden Analyse.

2.2 Stärkere Bürger-/Patientenorientierung und -partizipation

Eine verstärkte Bürgerorientierung und Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen bietet Ansatzpunkte zur Verbesserung der Qualität, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens¹⁵. Hierzu bedarf es aus der Sicht der Gesundheitswissenschaften drei grundlegender Voraussetzungen: Information, Mitwirkungsrechte und Dezentralisierung:

„Intelligente, also bedarfsgerechte, zweckmäßige und effiziente Nutzung eines Gesundheitswesens durch seine Bürger, Versicherten und Patienten hängt zunächst einmal ab von den ihnen zur Verfügung stehenden Informationen über (...) die Angebote und die Qualität der Organisationen, Experten und ihrer Leistungen (...). Mitwirkungsrechte sind neben zugänglichen, verlässlichen und verständlichen Informationen eine zweite wesentliche Bedingung für Effizienz- und Qualitätssteigerung durch Bürgerbeteiligung: Mitwirkung in Form partnerschaftlicher Arzt-Patienten-Interaktion, in Form von Teilnahme am Design von Leistungen (Leitlinienentwicklung) und an der Organisationsentwicklung einzelner Einrichtungen sowie schließlich in Form von Teilnahme an gesundheitspolitischen Entscheidungen. Zu beachten ist, dass für die verschiedenen Rollen der Verbraucher – Bürger, Versicherte und Patienten – jeweils die geeignete Vertretungsform zu finden ist. (...) Eine dritte Voraussetzung liegt in der Dezentralisierung von Entscheidungskompetenzen, d.h. in ihrer zumindest teilweisen Verlagerung von der zentralstaatlichen auf die regionale/lokale Ebene. Bürger sollten mitwirken können bei der Bedarfsfestlegung vor Ort und bei der Entwicklung von Versorgungsnetzen zur Befriedigung des festgelegten Bedarfs. Dies ist nur möglich, wenn die Entscheidungskompetenz dazu auch auf lokaler Ebene liegt und den Bürgern dort Mitentscheidungsrechte eingeräumt werden“ (Badura/Hungeling 1999:2ff)¹⁶.

Die von den zitierten Autoren genannten Voraussetzungen für eine konsequente Bürger-/Patientenorientierung und -partizipation sind in der Realität des deutschen Gesundheitssystems –

¹⁵ Eine ausführliche und differenzierte Kategorisierung von Gründen und Funktionen der Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen wird bei Francke/Hart (2001), Seiten 33ff vorgenommen und soll an dieser Stelle nicht weiter thematisiert werden.

¹⁶ Zum späteren Zeitpunkt werden im Zusammenhang mit der Frage nach der Gestaltung eines bürgernahen, bedarfsgerechten kommunalen Gesundheitsmanagements insbesondere die Aspekte 'Informationen' und 'Dezentralisierung' nochmals aufgegriffen und vertieft (vgl. Kapitel V, Abschnitt 5).

bis auf einige Ansätze in einigen Bundesländern – bislang nicht gegeben. Die vorgesehene Förderung der Selbsthilfe nach dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 (§ 20) stellt einen wichtigen Schritt dar, Versorgungsprozesse durch eine stärkere Berücksichtigung der Betroffenenperspektive zu optimieren; eine darüber hinaus gehende Patienten- bzw. Bürgerorientierung und -beteiligung im dargestellten Sinne bedarf jedoch – neben einer Verbesserung der rechtlichen Rahmenbedingungen – zusätzlicher bürger- und ortsnahe Strukturen und Verfahren der Partizipation. Diese können und sollen sinnvollerweise auf kommunaler Ebene realisiert werden: Die Kommune ist die Ebene, wo die Bürger in ihrem Lebenszusammenhang unmittelbar erreicht werden und sich an gesundheitspolitischen Themen beteiligen können. Bürger- bzw. Patientenbefragungen beispielsweise – als eine Möglichkeit der Partizipation – erlauben nicht nur die Erfassung des subjektiv empfundenen Gesundheitszustands (in Abhängigkeit ausgewählter soziodemographischer Merkmale), sondern sie dienen auch der Erfassung bzw. Einschätzung der Versorgungsqualität vor Ort aus der Sicht der tatsächlichen oder potenziellen Leistungsempfänger. Diese Informationen, zusammen mit den Ergebnissen der Datenanalysen und der Expertenbefragungen, tragen zu einer objektiveren Abbildung des Status Quo vor Ort bei (vgl. Kapitel V, Abschnitt 5). Das Modell der 'kommunalen Gesundheitskonferenz in NRW' stellt ein weiteres Instrument der Bürger-/Patientenpartizipation an der Gestaltung von Versorgungsstrukturen und -prozessen vor Ort nach dem 'Entsandtenmodell' dar (vgl. Kapitel III, Teil A; Kapitel IV, Abschnitt 3).

2.3 Stärkere Ausrichtung auf Prävention und Gesundheitsförderung

Das 1989 im Zuge des Gesundheitsreformgesetzes eingeführte § 20 (SGB V) sah zum ersten Mal Maßnahmen der Gesundheitsförderung als Teil des Leistungskatalogs der GKV vor. Die gesetzlichen Krankenkassen erhielten damals den Auftrag, den Ursachen von gesundheitlichen Beeinträchtigungen nachzugehen und auf ihre Beseitigung hinzuwirken. Ermöglicht wurde ihnen die (Mit-)Finanzierung und konzeptionelle Unterstützung intersektoraler Gesundheitsförderungsstrukturen, wie z.B. die von Netzwerken gesundheitsförderlicher Schulen und Betriebe sowie die von lokalen und regionalen Gesundheitsförderungskonferenzen. Allerdings kam es infolge der zweiten Stufe der Gesundheitsreform, die den Wettbewerb zwischen Kassen ausdrücklich vorsah, zu einer 'Überformung' einiger Gesundheitsförderungsangebote aus Marketing-Gründen (Kirschner et al. 1995). Letzteres wurde als politische Begründung benutzt, 1996 die Gesundheitsförderung aus dem § 20 zu streichen. Mit der Neufas-

sung dieses Paragraphen im Kontext des Gesundheitsreformgesetz 2000 erhielten Prävention und Gesundheitsförderung erneut Einzug in das System der GKV, wobei die Kassen schwerpunktmäßig Maßnahmen der Primärprävention, der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Selbsthilfeförderung finanzieren können (Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung 2000, § 20). Dazu soll ein gemeinsamer Beschluss der Spitzenverbände der Krankenkassen über vorrangige Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen erfolgen, die gemeinsam und einheitlich gelten. Damit soll dafür gesorgt werden, dass nicht der Wettbewerb, sondern der Nutzen für die Versicherten im Mittelpunkt steht. Fraglich ist allerdings, inwieweit die Kassen – neben dem Arbeitsplatz – auch anderen Settings einen angemessenen Stellenwert zukommen lassen. Gesundheitsfördernde Maßnahmen sind auf alle Lebensbereiche auszurichten, in denen die Menschen den größten Teil ihrer Zeit verbringen und die von ihrer Struktur her die Gesundheit aller Beteiligten maßgeblich beeinflussen (Setting-Ansatz). Da die meisten Menschen in Städten und Gemeinden wohnen, kommt der kommunalen Ebene als Handlungsfeld der Gesundheitsförderung eine besondere Stellung zu. Insofern ist eine Kooperation zwischen Krankenkassen und den im Bereich der kommunalen Gesundheitsförderung tätigen Einrichtungen und Organisationen – allen voran der Öffentliche Gesundheitsdienst – unerlässlich.

3. Die 'Kommune' als analytischer Gegenstand

Wenn auch die beschriebenen Reformstrategien unterschiedliche Ansatzpunkte und Zielebenen umfassen, so zeichnen sie sich dadurch aus, dass deren Umsetzung eine stärkere und konsequentere Kommunalisierung bzw. Regionalisierung von Steuerungs- und Planungsprozessen des Versorgungssystems voraussetzen. Zum einen steigt im Zusammenhang mit der Planung und Konkretisierung einer integrierten Versorgung der Bedarf an Planungsdaten mit kommunalem bzw. regionalem Bezug, zum anderen ist die stärkere Orientierung an den Leitbildern 'Gesundheitsförderung' und 'Bürgerorientierung' mit einer konsequenteren Verankerung von Steuerungsinstrumenten und Beteiligungsmöglichkeiten auf kommunaler/regionaler Ebene gekoppelt.

Damit rückt die kommunale Ebene (gewollt oder ungewollt) zunehmend als gesundheitsspolitische Steuerungs- und Gestaltungsebene in das Blickfeld der Reformdiskussion und der gesundheitswissenschaftlichen Analyse. Durch die implizite Kommunalisierung bzw. Regionalisierung der Reformdiskussion bekommt auch der Diskurs um eine 'kommunale Gesund-

heitspolitik', der seit Mitte der 80er Jahre fast ausschließlich im Zusammenhang mit der Umsetzung der Gesundheitsförderungs-Programmatik geführt wurde¹⁷, eine neue Facette: Kommunale Bedarfslagen und Prioritäten werden auch für Versorgungssektoren relevant, für deren Gestaltung bislang überwiegend korporatistische Akteure außerhalb der Kommunen zuständig sind, wie z.B. für die ambulante medizinische und die stationäre Versorgung.

Vor dem Hintergrund dieser Einschätzung erfordert die aktuelle gesundheitspolitische Diskussion eine (Re-)Analyse und Neubewertung der gegenwärtigen und zukünftigen Interventions- und Mitentscheidungsmöglichkeiten der Kommunen bei der Prioritätensetzung und der Gestaltung der örtlichen bzw. regionalen Versorgungsstrukturen.

An dieser Stelle setzt die vorliegende Untersuchung an. Ihr empirischer Gegenstand ist die 'Kommune' als zusätzliche Steuerungs- und Gestaltungsebene im Kontext des (zukünftigen) Gesundheitssystems. Der Präzisierung und Begründung dieser Perspektive im Abschnitt 3.1.2 werden anschließend einige semantische Anmerkungen zum Begriff der 'Kommune' vorangestellt sowie wesentliche rechtliche Aspekte des betrachteten empirischen Gegenstands beleuchtet.

3.1 Die Kommune und die kommunale Gesundheitspolitik – eine begriffliche Präzisierung unter Berücksichtigung geltender rechtlicher Rahmenbedingungen

Mit 'Kommune' wird hier die 'politische Gemeinde' verstanden, ein dem Staat untergeordneter öffentlich-rechtlicher Verband zur Wahrung örtlicher Interessen (Brockhaus Enzyklopädie 1974, Bd. 19:338). Die politische Gemeinde ist ihrem Wesen nach dem Staat ähnlich und im – rechtsstaatlichen Verständnis – nicht die natürliche Fortsetzung der Linie Individuum-Familie (vgl. Knemeyer/Wehr 2001:323). Sie ist eine juristische Person des öffentlichen Rechts, hat ein Gebiet, Angehörige und erfasst mit ihrer „Herrschergewalt“ alle Personen und Sachen, die sich auf ihrem Gebiet befinden (Gebietskörperschaften) (ebenda). Ebenso wie der Staat hat die Gemeinde die Eigenschaft einer Körperschaft des Privatrechts. Sie führt einen eigenen Haushalt, kann Vermögen erwerben, Steuern erheben und auf eigene Rechnung wirtschaftliche Unternehmungen betreiben.

Von obiger Definition ausgehend werden nachfolgend die Begriffe Kommune und Gemeinde synonym verwendet. Mit ihnen wird konkret das Gebiet einer Stadt oder eines Kreises, bzw. eine ihnen rechtlich und größtmäßig vergleichbaren räumlichen Einheit bezeichnet, z.B.

¹⁷ Vgl. Kap. II, Abschnitt 2 und 3

Bezirke in Stadtstaaten. Darüber hinaus werden im Folgenden in Abgrenzung zu 'kommunal' mit dem Begriff 'regional' Gebiete bezeichnet, die kleiner als Bundesländer sind, jedoch das Gebiet einer einzelnen Stadt oder eines Landkreises übergreifen (vgl. Schröder et al. 1986:29).

Die Kommunen sind Träger der kommunalen Selbstverwaltung, die ihnen durch Art. 28 II GG garantiert ist. Das Recht der Selbstverwaltung umfasst die eigenverantwortliche Regelung aller „Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft“ im Rahmen der Gesetze. Daneben nehmen die Kommunen Weisungsaufgaben wahr, die ihnen durch (Landes-)Gesetzgebung zur Erledigung nach Weisung übertragen worden sind. Die „örtlichen Angelegenheiten“ hat das Bundesverfassungsgericht definiert als „(...) diejenigen Bedürfnisse und Interessen, die in der örtlichen Gemeinschaft wurzeln oder auf sie einen spezifischen Bezug haben“, allerdings versehen mit dem einschränkendem Zusatz, die Aufgaben müssten von der Gemeinschaft eigenverantwortlich und selbstständig erledigt werden können (vgl. Knemeyer/Wehr 2001:330).

Die Feststellung, ob eine Aufgabe im Einzelnen einen 'örtlichen Bezug' hat, ist allerdings nicht leicht zu treffen; mit der Entwicklung der Lebensverhältnisse kann sich das Urteil auch wandeln; es kommt auch auf die Größe der Gemeinde an. Im Übrigen kann laut Bundesverfassungsgericht der Gesetzgeber in gewissem Umfang die Abgrenzung selbst treffen. Die im Kontext der vorliegenden Untersuchung relevanten Bereiche der Gesundheitspolitik und -planung werden in der einschlägigen Literatur und im Rahmen der entsprechenden Gesetzgebung nicht 'en block' als Angelegenheit mit örtlichem Bezug definiert.

Generell kann man gemäß Trojan (1999) feststellen, dass es im deutschen Gesundheitswesen eine kommunale Gesamtverantwortung für Gesundheit bisher nicht gibt (Trojan 1999:780). Dem Autor zur Folge gibt es vielmehr eine kommunale Gesundheitspolitik im Sinne einer gesundheits-, sozial- und umweltverträglichen Stadt(teil)entwicklung. Hierzu gehören traditionell die Aufgaben der Sozialhilfe, des Jugendschutzes und die gesundheitsrelevanten Aspekte der Stadtplanung (also die Herstellung und Erhaltung gesunder Lebens- und Arbeitsverhältnisse durch planerische Gestaltung, z.B. Verkehrsführung, Platzierung von Wohn- und Gewerbegebieten). Vor diesem Hintergrund plädiert Trojan dafür, den Begriff 'kommunale Gesundheitspolitik' pragmatisch auf den Bereich der 'Gesundheitsförderung' zu beziehen bzw. einzuschränken. 'Kommunale Gesundheitspolitik' wäre demnach eine Politik, die sich der Aufgabe stellt, Gesundheit in einem Gemeinwesen, einer Stadt oder einem Stadtteil vorbeugend herzustellen und zu 'pflegen':

„Die Krankenversorgung wird weitgehend von der GKV getragen und von der Bundesgesetzgebung (SGB V) bestimmt. Obwohl natürlich die Trägerschaft von Einrichtungen der Krankenversorgung durch die Kommune von Bedeutung ist, sind die Gestaltungsspielräume durch die Kommune in diesem Bereich marginal“ (Trojan 1999:781).

Ein etwas anderes, weitergehendes Verständnis von kommunaler Gesundheitspolitik findet man in den neuen Gesundheitsdienstgesetzen wieder (Müller 2000:25; Grunow/Grunow Lutter 2000; Kapitel II, Abschnitt 3 in dieser Arbeit). Im Falle des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes NRW (ÖGDG NW, siehe Anhang) werden die Kreise und kreisfreien Städte als 'untere Gesundheitsbehörden' bezeichnet und deren Funktion als Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes – neben dem Land – hervorgehoben (vgl. §5 II Nr. 1 ÖGDG NW). Damit werden sie de facto als gesundheitsbezogene Leistungen erbringende Einrichtungen zu Bestandteilen des Gesundheitssystems¹⁸, wenn auch außerhalb des organisatorischen Rahmens der gesetzlichen Krankenversicherung.

Als untere Gesundheitsbehörden obliegen den Kommunen die ihnen in den §§ 6-24 ÖGDG NW zugewiesenen Aufgaben. Dazu gehören u.a. die Mitwirkung an der Gesundheitsförderung, der Prävention und dem Gesundheitsschutz, die Mitwirkung an der Gesundheitshilfe, die Dienste der Qualitätssicherung und die im Kontext dieser Analyse besonders relevanten Aufgaben der Gesundheitsberichterstattung (GBE) und der 'Ortsnahen Koordinierung'. Letztere soll sich nach dem Willen des Gesetzgebers vornehmlich auf die Bereiche der kommunalen GBE, der Gesundheitsförderung, der Umweltmedizin, der psychiatrischen und Suchtkrankenversorgung, der medizinisch-sozialen Versorgung älterer Menschen, der AIDS-Aufklärung, -Beratung und -Versorgung sowie auf die Aufgabe der Geschäftsführung der Gesundheitskonferenz (§ 23 ÖGDG NW) beziehen.

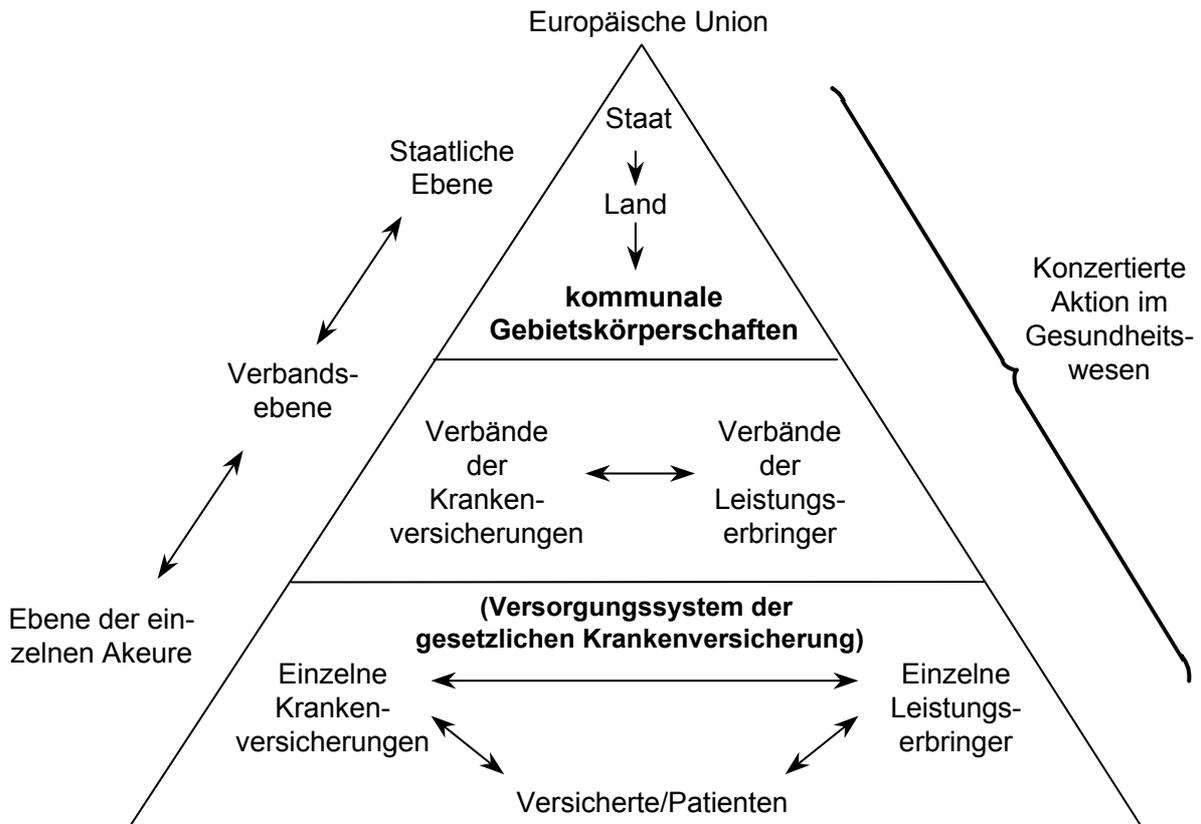
Vor dem Hintergrund dieses hier am Beispiel des ÖGDG NW aufgezeigten Aufgabenspektrums der Kommunen bzw. der kommunalen Gesundheitsämter im Bereich der Gesundheitspolitik lässt sich im Hinblick auf die weitere Diskussion folgende Feststellung treffen:

„Kommunale Gesundheitspolitik' ist keine Politik der 'Restzuständigkeiten', sondern sie nimmt eigenständig gesundheitsbezogene Aufgaben wahr. Allerdings ist kommunale Gesundheitspolitik dabei nicht autonom. Sie entwickelt und vollzieht sich im Zusammenspiel mit und im gesetzten Rahmen der Gesundheitspolitik des Landes, des Bundes und zunehmend der Europäischen Union“ (vgl. Bösche 2000:13; nachfolgende Abbildung 1).

Diese Feststellung fasst auf ebenso vortreffliche wie pragmatische Art und Weise die gesundheitspolitische Stellung der Kommune zusammen. Sie stellt gleichzeitig den rechtlich-institutionellen Rahmen für die in dieser Analyse fokussierte Perspektive einer stärkeren Mitbestimmung und Mitgestaltung der gesundheitlichen Versorgung durch die kommunalen Gebietskörperschaften.

¹⁸ Das 'Gesundheitssystem' wurde oben als die Gesamtheit aller Institutionen und Aktivitäten definiert, die auf die Versorgung mit Leistungen und/oder deren Finanzierung ausgerichtet sind.

Abbildung 1: Steuerungs- und Entscheidungsebenen des Gesundheitswesens (nach Baumann/Stock 1996)



3.1.1 Die 'Kommune' als zusätzliche Steuerungs- und Gestaltungsebene im Kontext des (zukünftigen) Gesundheitssystems. Erkenntnisleitende Annahmen und Argumente

Vor dem Hintergrund der oben angesprochenen Struktur- und Steuerungsprobleme und der reflektierten Reformdiskussion im deutschen Gesundheitssystem beruht die Fokussierung auf die 'Kommune' als Steuerungs- und Gestaltungsebene auf folgenden, das Erkenntnisinteresse dieser Analyse leitenden Annahmen und Argumenten:

- Die Probleme der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung sind so vielfältig und komplex, dass sie weder gesamtgesellschaftlich (Globalsteuerung) noch auf Landes- und Verbandsebene (korporatistische Steuerung) allein in angemessener Form bearbeitet und aufgefangen werden können, zumal die Planungsgrundlagen (populations- und systembezogene Daten) für eine rationale, bedarfsorientierte Versorgung in der Regel defizitär sind (vgl. z.B. Sachverständigenrat 2000/2001 – Band III: 17).
- Die Realisierung der Reformperspektive einer integrierten, bürgerorientierten und gesundheitsförderlichen Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung erfordert eine Wei-

terentwicklung des bisherigen Steuerungs- und Planungsinstrumentariums im Hinblick auf eine Feinsteuerung des Versorgungssystems unterhalb von Staats- und Landesebene und in Ergänzung zu der korporatistischen Steuerung durch Kostenträger und Leistungserbringer.

- Unter Feinsteuerung wird hier eine korrigierende und ergänzende Steuerung des Gesundheitssystems bottom up verstanden, d.h. von der kommunalen Ebene ausgehend unter Berücksichtigung der dort bestehenden spezifischen Bedarfslagen. Eine solche kommunale Feinsteuerung zielt sowohl auf die Abstimmung und Verzahnung von Versorgungsstrukturen als auch auf die Optimierung der Gestaltung von Versorgungsprozessen.¹⁹
- Eine kommunale Feinsteuerung kann wegen ihrer Nähe zu den Problemzusammenhängen, der leichteren Orientierung an Verursachungszusammenhängen (Gesundheitsförderung) und der besseren Reaktionsfähigkeit auf Bedürfnisse der Bevölkerung bzw. bestimmter Gruppen den wachsenden Anforderungen hinsichtlich Effektivität, Bedarfsgerechtigkeit²⁰ und Effizienz der gesundheitlichen Versorgung am ehesten gerecht werden.
- Eine Feinsteuerung des Gesundheitssystems erfordert eine kontinuierliche ortsbezogene Diagnose der gesundheitlichen Lage und Versorgungssituation, auf deren Grundlage Rückschlüsse für eine bedarfsorientierte Gestaltung der örtlichen bzw. regionalen Versorgungsstrukturen und -prozesse gezogen werden sollten.
- Die Kommune umfasst eine Vielzahl kompetenter, mit gesundheitsrelevanten Fragen befasster Institutionen und Personen, die durch ihre genaue Kenntnis der örtlichen Gegebenheiten in der Lage sind, vorhandene Ressourcen effektiver und kostengünstiger einzusetzen. Ihre Identifikation mit einem gemeinsamen Lebensraum bzw. deren unmittelbare Nähe zu akuten Problemen im Gesundheits- und Sozialbereich der Gemeinde legen eine höhere Kooperations- und Kompromissbereitschaft auch zwischen konkurrierenden Institutionen und Einrichtungen des Gesundheitswesens nahe.

¹⁹ vgl. Bösche 2000:13.

²⁰ In Anlehnung an den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2000/2001) wird hier 'bedarfsgerechte Versorgung' folgendermaßen definiert: Eine Versorgung, die dem individuellen, professionell und wissenschaftlich anerkannten Bedarf voll entspricht, also eine indizierte Versorgung, die darüber hinaus sich auf Leistungen mit hinreichendem gesichertem Nettonutzen beschränkt und fachgerecht erbracht wird (vgl. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/2001- Band III:32). Wird bei Leistungen oder Versorgungsformen gleichen Nutzens diejenige mit der besten oder einer akzeptablen Nutzen-Kosten-Relation eingesetzt, spricht der Sachverständigenrat (gemäß § 106 Ziffer 5 SGBV) von einer wirtschaftlichen Versorgung (ebenda).

- Nicht nur Qualitäts- und Effizienzprobleme im Gesundheitswesen, sondern auch das Demokratieverständnis hierzulande legen nahe, Patienten bzw. Bürger möglichst weitgehend an der Gestaltung und Steuerung der Gesundheitsversorgung zu beteiligen. Dies gilt auch für die Gesundheitspolitik. Partizipation ist vor Ort am besten zu organisieren, sie ist dort am wirksamsten.
- Integration und Regionalität respektiv Kommunalisierung sind die sachliche und räumliche Seite der Bürgernähe eines Gesundheitssystems. Bedeutet Integration eine Versorgung entsprechend der vielfältigen Bedürfnisse nach Prävention, Beratung und Information, medizinische Versorgung und psychosozialer sowie pflegerischer Betreuung, so kann Regionalität (im Sinne einer stärkeren kommunalen und lokalen Ausrichtung der Versorgung) für möglichst egalitäre Zugänglichkeit und Bedarfsgerechtigkeit sorgen (vgl. Kühn 2001:51).

Auf der Basis dieser Argumentation geht die vorliegende Analyse davon aus, dass die Realisierung einer kommunalen, stärker bedarfsorientierten Feinsteuerung der gesundheitlichen Versorgung der Etablierung eines 'kommunalen Gesundheitsmanagements' bedarf. Darunter wird hier ein informationsgeleiteter, ziel- und handlungsorientierter Prozess zur systematischen Ermittlung und Bearbeitung gesundheitsrelevanter Problemlagen vor Ort bezeichnet, dessen Ergebnisse zu einer kontinuierlichen und bedarfsgerechten Optimierung der gesundheitlichen Versorgung auf kommunaler Ebene beitragen soll (vgl. Kapitel III, Absatz 6.4.2). Ein zentrales Ziel der vorliegenden Analyse ist es, das 'kommunale Gesundheitsmanagement' theoretisch-konzeptionell zu verorten sowie verfahrensorientierte Vorschläge für dessen Systematisierung und organisatorische Verankerung aufzuarbeiten. Hierbei werden sowohl die Konzeption als auch die Umsetzungserfahrungen mit dem nordrhein-westfälischen Ansatz einer 'Ortsnahen Koordinierung' als Ausgangspunkt und empirische Basis der eigenen Überlegungen und Vorschläge herangezogen.

Die Umsetzung dieses Untersuchungsziels findet in den Kapiteln III bis V statt. Im nachfolgenden Kapitel II wird zunächst als Einführung in die Thematik der Diskussions- und Forschungsstand im betrachteten Untersuchungsfeld (die Kommune als Handlungs- und Steuerungsebene der Gesundheitspolitik) nachgezeichnet. Darüber hinaus werden die sich daraus ableitenden Forschungsfragen für die vorliegende Analyse präzisiert.

Kapitel II: Die Kommune als gesundheitspolitisches Handlungsfeld – ein Überblick über den Diskussions- und Forschungsstand und Konsequenzen für die eigene Fragestellung

1. 19. Jahrhundert: Ursprünge

Die Fokussierung auf die Kommune als Handlungsfeld der Gesundheitspolitik in Deutschland stellt zwar eine aktuelle Option in der gesundheitspolitischen Reformdiskussion dar, als gesundheitspolitische Strategie ist sie jedoch nicht neu. Dieses Thema hat hierzulande eine lange und bemerkenswerte historische Dimension, die nachfolgend im Sinne eines komprimierten historischen Rückblicks betrachtet wird.²¹

Die Entstehung eines kommunalen Gesundheitswesens und einer 'großstädtischen' Gesundheitspolitik in Deutschland ist eng mit dem etwa Mitte des 19. Jahrhunderts einsetzenden Urbanisierungsprozesses verbunden. Die Zeit etwa zwischen 1815 und 1840 gilt als Anlaufphase, die Zeitspanne zwischen 1840 und ca. 1871 wird als Durchbruchphase der Urbanisierung bezeichnet (Matzeraths 1985:24). Der Beginn der 'Hochurbanisierung', der eigentlichen Urbanisierungsphase, wird etwa auf 1871 (Reichsgründung) datiert, und deren formaler Endpunkt auf 1914 (Ausbruch des ersten Weltkrieges) (vgl. Reulecke 1985:9; Krabbe 1989:177). Der durch natürliches Bevölkerungswachstum, Industrialisierung und Binnenwanderung ausgelöste und bestimmte Prozess der Urbanisierung vollzog sich dabei insbesondere als Entwicklung der Großstädte mit mehr als 100.000 Einwohnern. Ihre Zahl vermehrte sich in dieser Zeit sprunghaft von 8 auf 48, ihr Einwohneranteil stieg gemessen an der Gesamtbevölkerung von 4,8 % auf 21,3 % (vgl. Witzler 1995:9).

Der Urbanisierungsprozess konfrontierte die Stadtverwaltungen und die Stadtbevölkerung mit erheblichen ökonomischen, technischen, sozialen und gesundheitspolitischen Problemen und Aufgaben, wobei letztere in erster Linie aus einer zunehmenden Seuchengefahr resultierten:

„Ohne das Bewusstsein von einer im 19. Jahrhundert ständig gegenwärtigen Seuchengefahr wären die tiefgreifenden Veränderungen des großstädtischen Gesundheitswesens wohl kaum denkbar gewesen. Gesundheitspolitik bedeutete im 19. Jahrhundert zunächst vor allem Seuchenpolitik. Epidemische Massenerkrankungen, die sich besonders in Form des massiven und wiederholten Auftretens von Cholera und Typhus bemerkbar machten, nahmen unkontrollierbare Ausmaße an, erregten Angst und Unruhe in der Öffentlichkeit und erhöhten infolge des wachsenden Bevölkerungsdrucks den gesundheitspolitischen Handlungsbedarf gerade der großstädtischen Politik“ (Witzler 1995:33).

²¹ Für eine ausführliche Auseinandersetzung mit den Ursprüngen kommunaler Gesundheitspolitik sei hier insbesondere auf die Studien von Witzler (1995), von Sachße/Tennstedt 1980/1988, und auf Evans 1991, verwiesen.

Die Seuchengefahr und eine sich klar abzeichnende 'großstädtische Übersterblichkeit' ließen seit etwa Mitte des 19. Jahrhunderts eine zunächst vorrangig von Medizinern geführte Kontroverse entstehen, die in den folgenden Jahrzehnten eine zunehmend größere Öffentlichkeit erreichte. So entstand nach und nach – unter Beteiligung von Kommunalpolitikern, Ökonomen, Sozialreformern, Stadtplanern, Architekten, Ingenieuren etc. – eine professionsübergreifende, auf Primärprävention ausgerichtete 'großstädtische Hygienepolitik' als Querschnittspolitik:

„Die Erhaltung der Gesundheit in den großen Städten wurde zum Leitmotiv einer Diskussion über soziale Reform, die Hygiene zur Leitwissenschaft der kommunalpolitischen Praxis“ (Witzler 1995:11).

Als gesundheitspolitischer Ansatz zur Beseitigung bzw. Verminderung krankheitsverursachender städtischer Umwelteinflüsse setzte sich ab ca. 1860 die 'Städtesanierung' durch. Der Grundgedanke dieses Ansatzes bestand darin, durch die Einrichtung kommunal finanzierter und betriebener "städtetechnischer Infrastrukturen", wie z.B. eine zentrale und hygienische Wasserversorgung, der Bau unterirdischer Kanalisationssysteme sowie städtebauliche Maßnahmen, die Ausbreitung von Krankheiten einzudämmen (vgl. Witzler 1995:12).

War die erste Periode der großstädtischen Gesundheitspolitik bis ca. 1900 durch eher 'städte-technische' Maßnahmen gekennzeichnet, die im Sinne einer Primärprävention die Beseitigung bzw. Vermeidung gesundheitlicher Risiken anstrebten, rückten ab der Jahrhundertwende die chronischen Volkskrankheiten, und insbesondere die Tuberkulose, aber auch Geschlechtskrankheiten und Alkoholismus, stärker in das Blickfeld der Gesundheitspolitik. Darüber hinaus wird die Säuglingssterblichkeit²² verstärkt fokussiert. Parallel hierzu und vor dem Hintergrund eines immer manifester werdenden Zusammenhangs zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheitszustand und Mortalität, entwickelte sich ein stärker sozialmedizinisch orientierter Diskurs, in dessen Mittelpunkt insbesondere die Thematisierung des Schichtgradienten bei den oben genannten Volkskrankheiten stand (vgl. Mielck 1994/2000).²³

Der Zusammenhang zwischen sozialer und gesundheitlicher Lage wurde zum Anlass politischer Forderungen nach einer Ergänzung der 'gesamstädtisch' ausgerichteten Infrastruktur-

²² Den wichtigsten Einfluss auf die Mortalitätsentwicklung während des gesamten 19. und auch frühen 20. Jahrhunderts hatten die Krankheiten des Säuglingsalters. An Brechdurchfall, Diarrhöe und Athrophie starben in diesem Zeitraum zwischen 25 und 35% aller Kinder in ihrem ersten Lebensjahr (vgl. Spree 1981:30).

²³ Mielck (1994) zufolge erlangte das Thema „soziale Ungleichheit und Gesundheit“ vor ca. 140 Jahren unter dem Begriff 'Soziale Medizin' zum ersten Mal öffentliche Aufmerksamkeit. Damals wurden von mehreren Medizinern - allen voran von den Pionieren der deutschen Sozialmedizin, Salomon Neumann und Rudolf Virchow - staatliche Maßnahmen gefordert zum Schutz der Gesundheit von unterprivilegierten Bevölkerungsgruppen. Spätestens bis zum ersten Weltkrieg galt die „soziale Ätiologie“ der Krankheiten (d.h. die Überzeugung, dass Krankheiten auch gesellschaftliche Ursachen haben) als allgemein akzeptiert.

maßnahmen durch den Aufbau einer planerisch und aktiv handelnden 'Leistungsverwaltung' für das städtische Gesundheitswesen. Der Begriff der Leistungsverwaltung bezog sich Witzler (1995) zufolge auch, im Sinne und in Nachfolge des Terminus 'Daseinsvorsorge'²⁴, auf bevölkerungsbezogene, infrastrukturelle Angebote und sollte den Unterschied zu der traditionellen, eher ad hoc reagierenden, 'Eingriffsverwaltung' zum Ausdruck bringen – letztere bestand allerdings als 'medizinalpolizeiliche Ordnungsverwaltung' mit Überwachungsfunktionen im Gesundheitswesen bis etwa zur Jahrhundertwende (vgl. Witzler 1995:92f). So entstanden erste Fürsorgestellen für Säuglinge, Schwangere, Alkoholiker, Tbc-Kranke usw., die nach und nach die strukturelle Basis eines kommunal verankerten öffentlichen Gesundheitswesens bildeten (vgl. Labisch/Tennstedt 1985; Stollberg 1994; Stollberg 2001; Labisch 1987). Diese Entwicklung auf der Versorgungsebene ging einher mit einem Veränderungsprozess im Verhältnis zwischen Stadt und Staat, in dessen Verlauf die Städte zusätzliche Entscheidungs- und Steuerungskompetenzen im gesundheitspolitischen Bereich erlangten:

„So wurde die staatliche Gesundheitspolizei, die nach den Prinzipien der Überwachung funktionierte, allmählich durch städtische Gesundheitskommissionen abgelöst, denen eine eher beratende Tätigkeit zukam, ein Umstand, der nicht nur die Verschiebung der Zuständigkeiten, sondern auch den veränderten politischen Zugriff auf gesundheitliche Problemsituationen dokumentiert. Die Beschäftigung professioneller Experten – ob Ärzte, Stadtplaner oder Ingenieure – als Politikberater in gesundheitlichen Angelegenheiten, die Organisation einer in das Schulwesen integrierten Gesundheitspflege und die Einrichtung städtischer bakteriologischer und chemischer Untersuchungsanstalten illustrieren das Bedürfnis ebenso wie die Bereitschaft der Großstadtverwaltungen, zeitgenössischen wissenschaftlichen Standards zu genügen“ (Witzler 1995:207).

Städtische 'Gesundheitskommissionen' als Sachverständigenkommissionen galten unter den Vertretern der städtischen Hygienebewegung als Grundvoraussetzung für eine effektive Gesundheitspolitik auf kommunaler Ebene. Ihre damalige Argumentation lässt sich heute in Bezug auf die Notwendigkeit einer Feinsteuerung des Gesundheitssystems durch kommunale Gesundheitskonferenzen heranziehen: höhere Flexibilität gegenüber staatlichen Organen, bessere Kenntnis der örtlichen hygienischen Missstände, Nutzung der städtischen Fachkompetenz und höhere Bereitschaft der Bevölkerung zur Kooperation (vgl. Varrentramp 1871, in Witzler 1995:103; darüber hinaus Ferber v. 2001:654; desweiteren Kapitel III, Teil A in dieser Arbeit).

²⁴ Der Begriff der 'Daseinsvorsorge' wurde ursprünglich in den 30er Jahren des 19. Jahrhunderts von Fosthoff geprägt und wird in der kommunalgeschichtlichen Forschung teilweise synonym mit dem Begriff der Leistungsverwaltung verwendet (vgl. Gröttrup 1973:63ff; Krabbe 1989:110ff; Reulecke 1985:62ff).

2. Weimarer Republik und Nachkriegsjahrzehnte

In der Weimarer Republik (ab 1919) hatten die Kommunen bereits eine unentbehrliche Position in der Gewährleistung einer umfassenden gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung. Die fehlende Abgrenzung der Kompetenzen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens führte in den ersten Jahren der Weimarer Republik dazu, dass die Organisation des öffentlichen Gesundheitswesens auf der Gemeindeebene zu den Leitthemen der gesundheitspolitischen Debatten gehörte. Gleichzeitig übten die wirtschaftlichen und sozialen Folgen des ersten Weltkrieges immer stärkeren Druck aus und führten zur Ausgestaltung des deutschen Sozialstaates: Nicht nur besonders gefährdete oder gefährdende Randgruppen, sondern die gesamte Bevölkerung wurde nun zum Gegenstand kommunaler Sozial- und Gesundheitspolitik. Insbesondere die Großstädte waren gezwungen, den vorhandenen Missständen rasch und effektiv zu begegnen. Sie bauten das kommunale Fürsorgenetz sukzessive aus und erweiterten dadurch ihren bereits im Kaiserreich erworbenen infrastrukturellen und personellen Vorsprung gegenüber dem staatlichen Gesundheitswesen auf der unteren Verwaltungsebene. Auf kommunaler Ebene führte diese Entwicklung zu einer eigenen Kultur des städtischen Gesundheitswesens, die sich insbesondere in den Industrieregionen Preußens zeigte. Es entstanden kommunale Gesundheitsämter, in denen ein neuer Arzttyp, der Fürsorgearzt, mit Hilfe der Sozialhygiene und mit Hilfe eines besonders motivierten Fachpersonals eine tendenziell umfassende Gesundheitsvorsorge praktizierte. Hierdurch artikulierten die Kommunen deutlich ihren Anspruch auf Gesundheit als ein „ureigenes Gut kommunaler Daseinsvorsorge“ (vgl. Woelk et al. 1997:26).

Für die Abbildung einer kommunalen Gesundheitspolitik und -versorgung war darüber hinaus der Aufbau einer gesetzlichen Krankenversicherung (zunächst) für die Arbeiterklasse ab 1883 im Zuge der Bismarckschen Sozialreformen und die damit verbundene Gründung von Krankenkassen von großer Bedeutung. Diese übernahmen neben der Finanzierungsfunktion auch einen Versorgungsauftrag für die Kommunen, vergleichbar mit dem heutigen Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen (vgl. Hansen et al. 1981:104). So betrieben sie Ambulatorien und Krankenhäuser mit eingestelltem Personal, die die bestehenden Strukturen des öffentlichen Gesundheitswesens und arbeitsmedizinische Einrichtungen ergänzten. Aus heutiger Sicht bemerkenswert erscheint die Tatsache, dass diese Versorgungsstrukturen keinesfalls nebeneinander und unkoordiniert arbeiteten, sondern – den vorliegenden Forschungsergebnissen nach – miteinander kooperierten und verzahnt waren (Hansen et al. 1981:106ff; Müller 2000:19f).

Diese Entwicklung wurde durch den Nationalsozialismus und seine Rassenhygiene-Ideologie abrupt unterbrochen. Zum einen bedeutete der Machtantritt der Nationalsozialisten einen radikalen Bruch mit den aus heutiger Sicht fortschrittlichen gesundheitspolitischen Ansätzen der Weimarer Republik, zum anderen wurden die Gesundheitsämter durch das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens von 1934 zu Instrumenten der nationalsozialistischen Erb- und Rassenpflege zweckentfremdet.²⁵

Nach 1945 waren die Besatzungsmächte daran interessiert, einen arbeitsfähigen öffentlichen Gesundheitsdienst zu haben, um Seuchen und anderen kriegsbedingten Gesundheitsgefahren begegnen zu können; das „Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ (GVG) von 1934 (mit späteren Durchführungsverordnungen) blieb Arbeitsgrundlage des ÖGDs (mit Ausnahme der Rassengesetzgebung) und ist es in einigen Bundesländern in veränderter Form noch heute (vgl. Trojan 1999:781). Für die folgenden Jahrzehnte konstatiert die einschlägige Literatur einhellig einen erheblichen Funktionsverlust des ÖGDs und damit der Kommunen als Gestaltungsebenen gesundheitspolitischen Handelns (vgl. u.a. Labisch-Ziesmann 1984; Labisch 1986; Badura/Lenk 1986; Labisch 1988; Trojan 1999; Müller 2000:21). Durch die Konzentration auf den Aufbau der naturwissenschaftlich-technisch orientierten Individual-Medizin in der Nachkriegszeit, in der fast alle Mittel allein in die kurative Versorgung der Bevölkerung flossen, verlor der ÖGD zahlreiche Funktionen – überwiegend an die niedergelassene Ärzteschaft bzw. ihre Selbstverwaltung.²⁶ Damit einher ging eine fortschreitende Verlagerung von Steuerungskompetenzen im Rahmen des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung auf die Bundes- und/oder Länderebene. Durch die zunehmende Zersplitterung von Gestaltungs- und Entscheidungskompetenzen und die damit verbundene Fragmentierung des Politikfeldes 'Gesundheitspolitik' bedingt, verlor auch das Gesundheitsressort im Kontext des kommunalen politisch-administrativen Systems zunehmend an Bedeutung.

²⁵ Zahlreiche Protagonisten der Sozialmedizin und Sozialhygiene wurden wegen ihrer Nähe zu sozialistischen oder kommunistischen Ideen oder aufgrund ihrer Glaubenszugehörigkeit von ihren Ämtern entfernt, vertrieben oder ermordet. Andere gestalteten die nationalsozialistische Rassenpolitik mit und diskreditierten das öffentliche Gesundheitswesen als Instrument einer 'rassenhygienisch' und erbbiologisch geprägten Gesundheitspolitik (Müller 2000:20).

²⁶ Der ursprünglich bei den Krankenkassen angesiedelte 'Sicherstellungsauftrag' ging mit der Gründung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) als Körperschaften des öffentlichen Rechts im Jahre 1931 auf die Kassenärzteschaft über. Damit hatten die Krankenkassen die Gestaltungsmacht über die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung (§ 6 des KVG) weitestgehend an die Ärztevereinigungen delegiert und damit eine wichtige Weichenstellung zu der institutionellen Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung gelegt (vgl. Stillfried Graf von, G./Jelastopulu, E. 1997:28). Hintergrund dieser Entwicklung war ein wachsender standespolitischer Widerstand seitens der Ärzteschaft aufgrund der Einflussmacht der Kassen zur Gründungszeit der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). So konnten sie sowohl auf die Kosten ärztlicher Behandlung als auch auf die Versorgungsinhalte Einfluss nehmen. Um dem entgegenzuwirken organisierte sich die Ärzteschaft in 'Kampfvereinigungen', die mittels Streiks den Staat zu einer Neuregelung der Beziehungen zwischen Kassen und Ärzten gedrängt haben (Stillfried Graf von, G./Jelastopulu, E. 1997:29).

Heute ist im Grundgesetz der Bundesrepublik eine umfassende kommunale Gesundheitspolitik nicht vorgesehen (vgl. Kapitel I, Abschnitt 2.1). Neben der Gesundheitspolitik im Rahmen der sozialen Sicherung als Aufgabe des Bundes und neben der Zuständigkeit der Bundesländer für das Öffentliche Gesundheitswesen und die medizinische Forschung, für die Krankenhausinvestitionen und die Medizinalaufsicht, war für die Kommunen bis weit in die achtziger Jahre allenfalls eine Zuständigkeit für die kommunalen Gesundheitsämter und damit für deren traditionelle Aufgabenfelder auf dem Gebiet der Verhaltens- und Verhältnisprävention (Gesundheitshilfe, Gesundheitshygiene, Gesundheitsschutz) vorgesehen (vgl. Ferber v. 1997:13). Diese 'Restzuständigkeit' für gesundheitsfördernde Gestaltungsfunktionen wurde zu einem der zentralen Ansatzpunkte einer den öffentlichen Gesundheitsdienst und die Kommunen fokussierenden Modernisierungsdebatte, die in den 70er Jahren einsetzte.

3. 70er Jahre: die Wiederentdeckung der Kommune als gesundheitspolitisches Handlungsfeld

Ab den 70er Jahren lässt sich eine „Renaissance der Kommune als Ort gesundheitlicher und gesundheitspolitischer Anstrengungen“ (Schräder et al. 1986:10f) feststellen. Mehrere Entwicklungslinien treffen hierbei zusammen. Trojan (1999) zufolge haben sowohl die anwendungsorientierte Forschung im In- und Ausland als auch gesellschaftspolitische Entwicklungen und international geführte Diskurse zum Thema 'Gesundheit' in jeweils spezifischer Art und Weise zu einer Wiederentdeckung der Kommune als gesundheitspolitisches Handlungsfeld beigetragen. Eine zentrale Vorreiterrolle hatte eine in den siebziger Jahren zunehmende Kritik an der seinerseits dominierenden naturwissenschaftlich ausgerichteten Krankenversorgung in Deutschland, die die determinierenden Hintergrundfaktoren im Kontext der Lebens- und Arbeitsbedingungen weitgehend ausklammerte (vgl. z.B. Engel 1977; Illich 1995; McKeown 1982). Diese Kritik war der Ausdruck eines Wandels in den herrschenden epidemiologischen Modellvorstellungen hinsichtlich Gesundheit und ihrer Determinanten (vgl. Überblick bei Schwartz et al. (Hrsg.) 1998:12ff). Zentrales Merkmal dieses Wandels war die Abkehr von der (alleinigen) Suche nach Risikofaktoren (Risikofaktorenmodell) für spezifische Krankheiten und die Hinwendung zur „krankheitsunspezifischen Frage: Wie und wo wird Gesundheit hergestellt?“ (Brösskamp-Stone et al. 1998:141). Formalisiert wurde dieser Perspektivenwechsel durch das hollistische Modell der Entstehung von Gesundheit und Krankheit, das den Kern des 'WHO-Health-for-All-Konzept' der 80er Jahre bildete. Dieses Konzept

verschiebt den Fokus der Intervention auf die Entwicklung von 'Healthy Policies' in allen Sektoren der Gesellschaft, die für die Entstehung von Gesundheit und Krankheit bedeutend sind. Ebenso betont es den Einfluss von 'Settings' als Interventionsebene. Der Setting-Ansatz sieht vor, gesundheitsfördernde Maßnahmen auf die Lebensbereiche auszurichten, in denen die Menschen den größten Teil ihrer Zeit verbringen und die von ihrer Struktur her die Gesundheit aller Beteiligten maßgeblich beeinflussen (Städte, Gemeinden, Schule, Arbeitsplatz).

Im Gefolge dieses Modells entstand der Typus der Gemeindeinterventionsstudie. Die größte Studie dieser Art in Deutschland war die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (1979-1991), die vom Ansatz her zum ersten Mal wieder kommunale und kooperative, gemeindebezogene Präventionsansätze auf die politische Tagesordnung setzte (Überblick bei Troschke v. 1983^{1/2}; Troschke v. (Hrsg.) 1991; Forschungsverbund DHP (Hrsg.) 1998; Hoffmeister et al. 1983; Kreuter et al. 1995; Trojan 1999:782).

Etwa zur gleichen Zeit (1979-1983) entstand ein multizentrischer Forschungsverbund mit dem Titel „Laienpotenzial, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe“ (Ferber v./ Badura (Hrsg.) 1983). Dieses Forschungsprogramm verfolgte u.a. das zentrale Ziel, sichtbar zu machen, dass für die Gesundheitssicherung auch das Laienpotenzial von erheblicher Bedeutung ist. „Selbsthilfe- und Netzwerkförderung hat sich hierdurch als ein strukturell vergleichsweise weit entwickeltes Kernelement von Gesundheitsförderung auf lokaler Ebene etablieren können“ (Trojan 1999:782).

Auch Krankenkassen führen verstärkt gemeindeorientierte Gesundheitsprojekte durch (vgl. z.B. AOK Mettmann 1977; Reye/Burkardt 1982).

Große Bedeutung für die kommunalpolitische Wahrnehmung des Themas Gesundheit und Gesundheitssicherung auf lokaler Ebene hatte ebenso die Sozialpolitikforschung mit den Schwerpunkten 'Bürgernahe Sozialpolitik' sowie 'Staat, intermediäre Instanzen und Selbsthilfe' im sozialwissenschaftlichen Bereich (vgl. Kaufmann (Hrsg.) 1979; Trojan/Waller (Hrsg.) 1980; Trojan 1999:782). Auch politisch erhielt die Kommune bzw. der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) auf kommunaler Ebene wieder größere Aufmerksamkeit. Die politischen Beschlüsse zeichnen sich durch zwei Tendenzen aus: die zunehmende gesetzliche Verankerung von Abstimmungs- und Planungsaufgaben des ÖGD für das kommunale Gesundheitswesen in neuen Gesundheitsdienstgesetzen der Bundesländer sowie eine zunehmende Dezentralisierung bzw. Kommunalisierung der Aufgaben- und Organisationshoheit des ÖGDs (vgl. Müller 2000:24²⁷; Schröder et al. 1986:11).

²⁷ Müller weist in ihrer Studie darauf hin, dass bereits 1975 der damalige Staatssekretär im BMJFG, Ludwig von Manger-König, die Forderung aussprach, dass sich die Gesundheitsämter wieder stärker auf ihre ge-

Die oben genannten Entwicklungen im Bereich der anwendungsorientierten Forschung und auf der politischen Ebene im nationalen Kontext bekamen ab Mitte der achtziger Jahre von der internationalen Ebene und insbesondere von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zusätzliche konzeptionelle und inhaltliche Unterstützung. Eine außerordentliche Rolle spielte in diesem Zusammenhang die 1986 verabschiedete 'Ottawa-Charta' (WHO 1986). Dieses Programm-Dokument kann als konzeptionelle und handlungsleitende Bündelung überwiegend verhältnispräventiver Ansätze und reformistischer sozialer Bewegungen aufgefasst werden.

Gesundheitsförderung nach dem Verständnis der WHO setzt bei der Analyse und Stärkung der Gesundheitsressourcen und -potenziale der Menschen und auf allen gesellschaftlichen Ebenen an. Gesundheitsförderung soll Maßnahmen umfassen, die auf die Veränderung und Förderung sowohl des individuellen und des kollektiven Gesundheitsverhaltens als auch der Lebensverhältnisse abzielen – also der Rahmenbedingungen, die Gesundheit und Gesundheitsverhalten jedes Einzelnen und ganzer Populationen beeinflussen (WHO 1986).

Die Programmatik der Gesundheitsförderung wurde in Deutschland zunächst von der 'Gesundheitsbewegung' und mit einiger Verzögerung auch vom gesundheitsbezogenen Forschungssystem aufgegriffen (Moeller 1978; Kickbusch/Trojan (Hrsg.) 1981; Badura/Ferber v. (Hrsg.) 1981; Ferber v (Hrsg.) 1987; Trojan/Hildebrandt 1990). Von beiden Seiten werden zum einen eine Umorientierung des ÖGDs (z.B. Badura 1990:56), zum anderen auch eine stärkere Hinwendung zu Empowerment und Partizipation²⁸ als zentrale Aspekte der Gesundheitsförderung gefordert.

Ein besonderer Beitrag zur stärkeren Wahrnehmung der kommunalen Ebene als Handlungsfeld der Gesundheitspolitik seitens der Fachöffentlichkeit und der politischen Instanzen war der Aufbau und die regionale Verankerung der Public Health-Forschungsverbände ab 1989 (Förderung ab 1992). In diesem Kontext wurden zahlreiche Projekte zu unterschiedlichen Aspekten der kommunalen Gesundheitspolitik bearbeitet (vgl. Überblick in Public Health Forum 1995:19-27; Schwartz et al. 1999). Darüber hinaus trug der Aufbau und die regionale Verankerung der Public Health-Studiengänge dazu bei, dass „(...) universitäre Forschung und

meinschaftsbezogenen Aufgaben konzentrieren sollten. Konkret nannte er die Aufgaben der Beobachtung von Gesundheitsverhältnissen, der Informationssammlung und der Planung und Koordination (vgl. Müller 2000:24). Diese Aufgaben wurden allerdings erst ab den 80er Jahren auf breiterer Basis und mit zunehmender Verbindlichkeit als wichtige Bestandteile eines neuen Profils des ÖGDs betrachtet (ebenda).

²⁸ 'Empowerment' meint dabei die Stärkung der Kompetenzen der einzelnen sowie sozialer Gruppen; 'Partizipation' wiederum meint die Herstellung von Öffentlichkeit für gesundheitliche Belange und die Entwicklung gemeinschaftlicher Aktionen auf lokaler Ebene (vgl. Müller 2000:24).

Lehre und ÖGD (...) vermehrt zueinander finden“ (Brand/Schmake 1998:267; darüber hinaus Schwartz et al. 1999:30f).

Eine besondere Innovationskraft für gesundheitsbezogene Aktivitäten auf Gemeindeebene ging darüber hinaus vom international ausgerichteten Healthy Cities-Projekt der WHO aus, das 1986 im engen Bezug zur Gesundheitsförderungsprogrammatisierung ins Leben gerufen wurde.²⁹ Retrospektiv betrachtet und unter Berücksichtigung vorliegender Erfahrungsberichte hat dieses Projekt wichtige Impulse zur Umsetzung gesundheitsfördernder Ansätze auf lokaler Ebene geliefert und die Perspektive einer kommunalen gesundheitsfördernden Gesamtpolitik konkretisiert. Die Realisierung dieser Vision stand insbesondere in der zweiten Projektphase (1993-1998) im Mittelpunkt der Umsetzungsziele. Leitender Kerngedanke dieses Leitbilds war es, eine umfassende Verhältnisprävention zu betreiben im Sinne eines Hineinwirkens in alle gesundheitsrelevanten Politikfelder. (vgl. z.B. Tsouros 1995; Stender 1995; Bröskamp-Stone et al. 1998; Trojan 1999).

In diesem Zusammenhang erwähnenswert sind die Auswirkungen des Gesundheitsförderungsdiskurses auf die Reformierung bzw. Modernisierung des ÖGD als Schlüsselorganisation einer kommunalen Gesundheitspolitik. Müller (2000) bemerkt hierzu:

„Das Konzept der Gesundheitsförderung wurde wissenschaftlich und politisch als wichtiger konzeptioneller Anknüpfungspunkt einer Neuorientierung des ÖGD thematisiert, da es ihm die Möglichkeit gebe, sich durch eine Neubestimmung seiner sozialhygienischen und sozialmedizinischen Traditionen von der bloßen Verwaltungsinstanz wieder zu einem Teil der kommunalen Gesundheitspolitik zu entwickeln“ (Müller 2000:23; zu dieser Entwicklung vgl. darüber hinaus Badura/Lenk 1986; Badura 1990; Rosewitz/Webber 1990).

Der Vollständigkeit halber muss allerdings auf drei Modellprojekte hingewiesen werden, die nicht nur vom Gesundheitsförderungsgedanken inspiriert, sondern eher als erste Ansätze einer 'Kommunalisierung' der Gesundheitsplanung konzipiert waren. Diese Modelle wurden zwischen 1982 und 1985 in der Stadt Köln, im Landkreis Kronach und in der Stadt Osnabrück durchgeführt und hatten die zentrale Zielsetzung, das Konzept einer 'kommunalen Gesundheitsplanung' der gesamten Gesundheitsversorgung³⁰ zu erproben. Wenn auch die angestrebten Ziele zum einen wegen der unzureichenden Planungs- und Managementstrukturen vor Ort und zum anderen wegen der mangelnden Kooperations- und Koordinationsbereitschaft der

²⁹ Inzwischen nehmen über 500 Städte in Europa und weitere 300 Städte in anderen Teilen der Welt an diesem Projekt teil. Diese sind überwiegend in nationalen Netzwerken organisiert (vgl. Trojan 1999:785).

³⁰ „Kommunale Planung im Gesundheitswesen soll eine dezentrale Koordination und Kooperation aller Beteiligten einführen bzw. verbessern, um durch verstärkte Orientierung und Verpflichtung auf Gesundheitsziele

beteiligten Akteure sich als zu anspruchsvoll erwiesen haben, so konnten hier wertvolle Erfahrungen gesammelt werden, an die ähnlich angelegte Projekte anknüpfen konnten (vgl. Schröder et al. 1986: 280; Trojan 1999:784)³¹.

4. 90er Jahre: Neue ÖGD Gesetze und neue Ansätze einer Kommunalisierung im Gesundheitswesen

Die Diskussion über eine stärkere Berücksichtigung der Kommune als gesundheitspolitisches Handlungsfeld wurde im Laufe der 90er Jahre maßgeblich durch zwei unterschiedliche – jedoch eng verknüpfte – Entwicklungen geprägt: Zum einen durch die Verabschiedung neuer Gesundheitsdienstgesetze³² und zum anderen durch eine facettenreiche Debatte im Kontext der Gesundheitswissenschaften darüber, was die Kommunen – angesichts der Qualitäts- und Effizienzprobleme im Gesundheitssystem – gesundheitspolitisch mitgestalten können und mitgestalten sollten (Meier 1995; NRW-Forschungsverbund 'Public Health' 1996; Ferber v./Wolters 1997 (Hrsg.); Badura et al. 1999).

Mit der Verabschiedung neuer Gesundheitsdienstgesetze werden die gesundheitspolitisch relevanten Felder der Gesundheitsförderung, der Gesundheitsberichterstattung, der Koordination und Planung vielerorts als genuine, zumeist explizite Pflichtaufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes auf kommunaler Ebene verankert (Weth 1996; Müller 2000; Grunow/Grunow-Lutter 2000). Zum Teil im Gefolge dieser Entwicklung, zum Teil als Konsequenz einer disziplinären Evolution innerhalb von Public Health (von 'Old Public Health' zu 'New Public Health')³³, werden die Koordinations- und Steuerungsmöglichkeiten der Kommunen auch außerhalb des Handlungsfelds 'Gesundheitsförderung' thematisiert.

dazu beizutragen, das Steuerungspotential im Gesundheitswesen zu verstärken und damit dessen Effektivität und Effizienz zu erhöhen“ (Schröder et al. 1986: 13).

³¹ Vgl. z.B. Wilhelm Thiele/Alf Trojan (Hrsg.) 1990

³² z.B. in Berlin, wo 1994 zum ersten Mal in einem Bundesland die Aufgaben 'Gesundheitsförderung', 'Gesundheitsberichterstattung' und 'Koordination' eine gesetzliche Grundlage bekommen. Es folgten Baden-Württemberg (1994), Brandenburg (1994), Bremen (1995), NRW (1998), Hamburg (2001) und Schleswig-Holstein (2002). Bisher verfügen nur die Bundesländer Hessen, Niedersachsen, Saarland und Thüringen nicht über ein eigenes Gesundheitsdienstgesetz (Stand April 2002).

³³ 'Old Public Health' kennzeichnet im Wesentlichen die Entwicklung bis 1988. Der Begriff 'New Public Health' weist auf die kritische Neubestimmung von Public Health hin und steht für die anschließende Phase. 'Old Public Health' stützte sich insbesondere auf epidemiologische Verfahren und bestimmte Ansätze der klassischen Hygiene, insbesondere solche mit biomedizinischem Umweltbezug. Hinzu traten bestimmte Fragestellungen aus den Sozialwissenschaften und der Psychologie. Entsprechend der starken Betonung der Epidemiologie verstand sich die 'Mission' dieser Public Health-Phase als präventiv. Daneben interessiert man sich insbesondere für die Versorgung von vulnerablen, oft auch marginalen Problemgruppen in der Bevölkerung. 'New Public Health' bezieht sich auf das Gesamtgebiet der Gesundheitsversorgung mit allen prä-

Dieser Wendepunkt in dem Public Health orientierten Diskurs zum Thema 'Kommune als gesundheitspolitisches Handlungsfeld' ist darüber hinaus durch Versuche einer differenzierteren Betrachtung des Konzepts 'kommunale Gesundheitspolitik' gekennzeichnet mit dem Ziel, den bisherigen analytischen Blickwinkel zu erweitern (NRW-Forschungsverbund Public Health 1996).

Diese Differenzierungsdebatte plädiert für eine analytische Trennung zwischen der Institution 'Öffentlicher Gesundheitsdienst' auf kommunaler Ebene mit Gestaltungs- und Koordinationskompetenzen in den Bereichen Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung, und der 'kommunalen Selbstverwaltung', die den Kommunen das Recht der eigenverantwortlichen Regelung aller Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft im Rahmen der Gesetze zugesteht (vgl. Kapitel I, Abschnitt 2.1; Renner et al. 1998). Vor dem Hintergrund dieser Unterscheidung wird auf die Doppelrolle der kommunalen Gesundheitspolitik hingewiesen, als Vollzugsinstanz von Handlungsaufträgen der Sozialversicherung (Sozialhilfe, Jugendschutz; Gesundheitsvorsorge) und der Landespolitik einerseits und als 'Selbstgestaltung' andererseits (vgl. NRW-Forschungsverbund 'Public Health' 1996: 9)³⁴.

Flankiert wird diese akademische Debatte von einer auf der internationalen und nationalen gesundheitspolitischen Bühne vorgetragenen Diskussion um Steuerungsdefizite und Steuerungsoptionen im Gesundheitswesen, die stichhaltige, in der aktuellen Reformdiskussion in der Bundesrepublik nach wie vor zentrale Gründe für eine stärkere 'Kommunalisierung' bzw. 'Regionalisierung' der Gesundheitspolitik und -planung anführt (Kapitel III, Teil B, Abschnitt 6.4).

Aus der Konvergenz der skizzierten Diskussionsstränge und Argumente und der durch die neuen ÖGD-Gesetze ausgelösten Impulse kristallisiert sich in der zweiten Hälfte des letzten Jahrzehnts die Perspektive einer kommunalen Koordination und Feinsteuerung der lokalen gesundheitlichen Versorgung als zukunftssträchtige Reformperspektive immer stärker heraus.

ventiven, kurativen und rehabilitativen Anteilen, wobei zugleich der klassisch-präventive Ansatz um ein umfassenderes Verständnis von Gesundheitsförderung erweitert wurde. Zu den bereits erwähnten Disziplinen treten Ökonomie, Politikwissenschaft, Managementwissenschaften und Gesundheitssystemforschung hinzu (Public Health Forum 1995:4).

³⁴ Ähnlich argumentieren Vertreter der kommunalen Gesundheitspolitik in Herne (NRW), wo seit 1989 Gesundheitskonferenzen auf kommunaler Ebene zu unterschiedlichen Themen (z.B. Sucht, Geriatrie etc.) durchgeführt werden: „Die Identifizierung kommunaler Gesundheitspolitik mit den sektoral gegliederten – und daher politisch unverbundenen – gesundheitspolitisch relevanten, überwiegend administrativ organisierten Aktivitäten in Ausführung von Bundes- und Landespolitik führt zwangsläufig zu dem Ergebnis, dass es eine eigenständige kommunale Gesundheitspolitik der Sache nach nicht gibt. Die vorschnelle Identifizierung kommunaler Gesundheitspolitik mit der Weiterentwicklung des ÖGD (...) geht an der verfassungsrechtlichen Tatsache vorbei, dass zu Politik nicht das Gesundheitsamt oder die 'untere Gesundheitsbehörde' legitimiert ist, sondern allein die kommunale Selbstverwaltung.“ (Renner et al. 1998:327).

So bilden sich ab Mitte der 90er Jahre in vielen Bundesländern neue, unterschiedlich geartete kommunale bzw. regionale Koordinations- und Steuerungsgremien mit dem Ziel, die gesundheitliche und/oder soziale Versorgung – meistens in einem bestimmten Versorgungssektor – durch eine bessere Kooperation und Vernetzung der relevanten Akteure und durch eine stärkere Berücksichtigung der Bedarfs- und Bedürfnislage vor Ort zu optimieren. In der Mehrheit handelt es sich hierbei – den Ergebnissen einer eigenen Recherche³⁵ zufolge – um netzwerkartige Gebilde mit einem niedrigen Formalisierungs- bzw. Institutionalierungsgrad³⁶ (vgl. Badura/Zamora 2000). Eine herausragende Rolle in diesem Zusammenhang spielt die mittlerweile gesetzlich verankerte Strategie einer 'Ortsnahen Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung' des Landes NRW³⁷. Mit dem gleichnamigen Modellprojekt (1995-1998) wird zum ersten Mal in der Bundesrepublik ein groß angelegter Versuch unternommen, eine Feinsteuerung der gesamten gesundheitlichen und sozialen Versorgung vor Ort durch ein themenübergreifendes, aus Professionellen und Laien zusammengesetztes Gremium – der Runde Tisch bzw. die kommunale Gesundheitskonferenz – zu realisieren (Sendler 1996; Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW (Hrsg.) 2000; Kneisebeck v.d. et al. 2001).

Mit diesem Ansatz betritt die nordrhein-westfälische Gesundheitspolitik insofern Neuland, als es ihr nicht nur darum geht, die Steuerungs- und Gestaltungsmöglichkeiten der Kommunen im Bereich der „Gesundheitsförderung“ voranzutreiben bzw. zu erweitern, sondern darüber hinaus auch den Einfluss auf Steuerungs- und Planungsakteure in den Bereichen der kurativen Versorgung, der Pflege und der Rehabilitation zu stärken (vgl. Kapitel III, Teil A).

Ansätze einer kommunalen Steuerung und Koordination im Kontext des Gesundheitswesens bezogen sich bis dahin in NRW und in den meisten Bundesländern in der Regel auf die Bereiche 'Gesundheitsförderung', „psychiatrische und Suchtkrankenvorsorge“ und auf den Bereich

³⁵ Die Recherche bestand im Kern aus einer bundesweiten – im Jahr 2000 durchgeführten – postalischen Befragung in allen Bundesländern zur Dokumentation ortsnaher Koordinations- und Steuerungsansätze im deutschen Gesundheitswesen. Ein zusammenfassender Überblick der erzielten Ergebnisse sowie die Liste der angeschriebenen Institutionen können dem Anhang entnommen werden.

³⁶ Sie unterscheiden sich damit von existierenden, z.T. gesetzlich legitimierten und/oder in kommunaler Trägerschaft arbeitenden Koordinationsgremien wie z.B. Pflegekonferenzen (in NRW gesetzlich verankert), Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften, Psychiatriebeiräte etc., die zumindest in NRW eine lange Tradition aufweisen und als etablierte Koordinationsgremien gelten.

³⁷ Die wesentlichen Strukturen und Verfahren dieser Strategie wurden durch das nordrhein-westfälische Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG; Art. 3 des Gesetzes zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise, Städte und Gemeinden in NRW v. 25.11.1997, GVBl. 1997,S. 431) in die Regelform übernommen (vgl. Anhang).

'medizinisch-soziale Versorgung älterer Menschen' (vgl. beispielsweise ÖGDG NRW, § 9-20).

Eine weitere Besonderheit der Ortsnahen Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung ist die mit ihrer Umsetzung verbundene Absicht, die kommunale Gesundheitsberichterstattung als Planungs- und Steuerungsinstrument aufzubauen und sie als zentralen Baustein eines umfassenden kommunalen Gesundheitsmanagements zu etablieren (vgl. Kap. III, Teil B, Abschnitt 6.4.2).

Aus wissenschaftlicher und politischer Sicht weiterhin bemerkenswert ist der Umstand, dass der Umsetzungsprozess der 'Ortsnahen Koordinierung' einer wissenschaftlichen Begleitung und Evaluation unterzogen wurde, womit zum ersten Mal – abgesehen von dem oben zitierten Erfahrungsbericht von Schröder et al. (1986) – wissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse in einem bis heute kaum erforschten gesundheitspolitischen Feld, die Steuerung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung unter Einbezug der kommunalen Perspektive, vorgelegt werden konnten.

Die wissenschaftliche Begleitung dieses Modellprojekts konnte die grundsätzliche Realisierbarkeit bzw. Durchführbarkeit der 'Ortsnahen Koordinierung' bestätigen und damit ihre Tauglichkeit als Gesundheitsmanagementstrategie auf kommunaler Ebene belegen. Allerdings weisen die Ergebnisse und die dokumentierten Umsetzungserfahrungen auf strukturelle und prozessuale Probleme hin, deren systematische Betrachtung und Bearbeitung jedoch nicht mehr im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung geleistet werden konnte. Ebenso wenig ließen der zeitliche und konzeptionelle Rahmen der Evaluation eine tiefergehende Auseinandersetzung mit den theoretischen und konzeptionellen Grundlagen der 'Ortsnahen Koordinierung' zu. An diesen 'offenen Fragen' im Forschungsprogramm der genannten wissenschaftlichen Begleitung knüpft die hier vorliegende Untersuchung an, deren spezifische Fragestellung und Methodik im Anschluss erläutert werden.

4.1 Konsequenzen für die eigene Fragestellung und Vorgehensweise

Die vorliegende Untersuchung schließt unmittelbar an die o.g. wissenschaftliche Begleitung des Modellprojekts 'Ortsnahe Koordinierung' an. Sie will zum einen die theoretischen und konzeptionellen Grundlagen und Vorbilder der 'Ortsnahen Koordinierung' stärker herausarbeiten und reflektieren, zum anderen sollen – ausgehend von einer systematischen Betrachtung

tung und Analyse der dokumentierten Ergebnisse und Erfahrungen – verfahrensorientierte und handlungsleitende Empfehlungen für die Weiterentwicklung und Etablierung eines kommunalen Gesundheitsmanagements abgeleitet und diskutiert werden.

Die zentrale Zielsetzung der empirienahen Untersuchung besteht folglich darin, das Konzept eines kommunalen Gesundheitsmanagements – ausgehend von dem 'Ortsnahen Koordinierungs-Ansatz' – theoretisch-konzeptionell zu verorten und Schlussfolgerungen für dessen Weiterentwicklung abzuleiten. Somit will der Autor einerseits einen Beitrag zur Gesundheitssystemforschung mit kommunalen Bezug leisten, andererseits die Praktiker in der kommunalen Gesundheitspolitik mittels eines ergänzenden, theoretisch fundierten Beitrags anregen, das eigene Tun zu reflektieren.

4.1.1 Fragestellung

Vor dem Hintergrund der genannten Zielsetzung und angesichts der zentralen Rolle, die der Kommune im Rahmen anstehender Reformschritte zukommt (Kapitel I), richtet sich das Erkenntnisinteresse der vorliegenden Untersuchung auf folgende zentrale Untersuchungsfrage:

Welche Schlussfolgerungen und Empfehlungen für die Weiterentwicklung und Etablierung eines kommunalen Gesundheitsmanagements zur Feinsteuerung der gesundheitlichen Versorgung lassen sich aus den nordrhein-westfälischen Erfahrungen mit der 'Ortsnahen Koordinierung' ableiten und wie lässt sich diese Strategie theoretisch erfassen?

Bei der Bearbeitung dieser Fragestellung sollen handlungsrelevante Empfehlungen und Vorschläge formuliert werden, insbesondere für die Optimierung und Systematisierung des Verfahrens eines kommunalen Gesundheitsmanagements, aber auch für dessen organisatorische Verankerung im Kontext des politisch-administrativen Systems auf kommunaler Ebene.

4.1.2 Empirische Basis

Mit Ausnahme einer eigens für die vorliegende Arbeit durchgeführten postalischen Befragung (vgl. Anhang), wird auf die Erhebung von Primärdaten verzichtet. Die durchgeführte Analyse basiert folglich weitestgehend auf einer Sekundäranalyse bzw. Reanalyse der im Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts 'Ortsnahe Koordinierung' do-

kumentierten Ergebnisse und Erkenntnisse (vgl. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW 2000). Zusätzlich herangezogene Berichte, Aufsätze und sonstige Dokumente im Zusammenhang mit der Evaluation der 'Ortsnahen Koordinierung' werden gesondert angegeben.

4.1.3 Erkenntnistheoretische Orientierung und Methodik

Erkenntnistheoretisch lehnt sich die vorliegende Untersuchung an ein kritisch-emanzipatorisches Wissenschaftsverständnis an, wie es in Deutschland die Frankfurter Schule geprägt hat (Horkheimer 1938/1968; Adorno 1972). Maßgeblich für das Erkenntnisziel ist demzufolge nicht nur die Beschreibung der 'Ortsnahen-Koordinierungs-Strategie', sondern auch die kritische Auseinandersetzung und Beurteilung ihrer Annahmen bzw. Philosophie sowie der im Verlauf ihrer Umsetzung dokumentierten Effekte und Ergebnisse. *Kritik* heißt hier nicht kritische (empirische) Überprüfung theoretischer Aussagen *an* der Realität nach dem Falsifikationsprinzip (kritischer Rationalismus), sondern kritische Auseinandersetzung *mit* der Realität eines konkreten Sachverhalts mit gesundheitspolitischem Bezug (vgl. Kromrey 1986:29). Nicht ein 'positivistisches', sondern ein 'emanzipatorisches'³⁸, auf die Gewinnung neuer Ansichten und Erkenntnisse ausgerichtetes Erkenntnisinteresse ist für die nachfolgende Analyse konstitutiv.

Methodisch lehnt sich die vorliegende Studie an die Untersuchungsform der "Reanalyse" bzw. "Sekundäranalyse" vorhandenen und ggf. interpretierten Datenmaterials an (Kromrey 1986:322; Klingemann/Mochmann 1975). Mit diesem methodischen Vorgehen ist die Absicht verbunden, die primäre Datenverarbeitung und -interpretation um eine vertiefende Betrachtung und Analyse zu ergänzen. Die vertiefende Reanalyse und Reinterpretation der Evaluationsergebnisse geht zum einen von einem erweiterten Erkenntnisinteresse aus, zum anderen berücksichtigt sie zusätzliche theoretische und konzeptionelle Aspekte des Forschungsgegenstands – in diesem Fall die 'Ortsnahe-Koordinierungs-Strategie'. Auf der Basis dieser Reanalyse der 'Ortsnahen Koordinierung' und der Reinterpretation der Ergebnisse ihrer Umsetzung lassen sich darüber hinaus Konsequenzen und Schlussfolgerungen für deren Weiterentwicklung und organisatorische Verankerung ableiten.

³⁸ Mit 'emanzipatorisch' wird hier in Anlehnung an Bellebaum (1977) ein auf Selbstreflexion und kritisches Hinterfragen abzielendes Erkenntnisinteresse verstanden (Bellebaum 1977:29).

4.1.4 *Aussagekraft der Analyse*

Hinsichtlich des Verwertungszusammenhangs der Studie bedingt der empirische Bezug zu einem Projekt des Landes NRW zwangsläufig eine Einschränkung der Aussagekraft der erzielten Ergebnisse und formulierten Empfehlungen auf die Kontextbedingungen in diesem Bundesland. Indem die Untersuchung allerdings unmittelbar an Ergebnisse und Folgerungen der oben genannten Evaluationsstudie anknüpft, ergänzt sie auf systematische Weise das wissenschaftliche Wissen über die konzeptionellen Grundlagen und die Umsetzbarkeit eines Ansatzes zum kommunalen Gesundheitsmanagement und gibt somit Anhaltspunkte für die Implementation dieser Strategie auch in anderen Bundesländern.

5. Zusammenfassung

Die obigen Ausführungen verfolgten das Ziel, die Entwicklung der gesundheitspolitischen und gesundheitswissenschaftlichen Diskussion um Handlungsschwerpunkte und -perspektiven der Kommune nachzuzeichnen, um auf dieser Grundlage das eigene Erkenntnisinteresse abzuleiten und zu begründen.

Der historische Rückblick setzt im 19. Jahrhundert an und versucht die wichtigsten Entwicklungsschritte sowie deren programmatische Hintergründe bis in die 90er Jahre hinein zu beleuchten. Besondere Aufmerksamkeit werden den Ursprüngen eines kommunalen Gesundheitswesens ab Mitte des 19. Jahrhunderts bis Anfang des 20. Jahrhunderts geschenkt, da in dieser Phase wichtige konzeptionelle Grundlagen für eine kommunale Gesundheitspolitik entstehen, unter anderem der Gedanke einer gesundheitsbezogenen Querschnittspolitik und einer bedarfsorientierten, bürgernahen Planung der gesundheitlichen Versorgung mittels 'lokaler Sachverständigenkommissionen'. Ebenso reflektiert werden insbesondere die Bestimmungsfaktoren der Kommunalisierungsdebatte in den 70er und 80er Jahren, da in jener Zeit wichtige Meilensteine für eine Wiederentdeckung der gesundheitspolitischen Tradition in den deutschen Kommunen gelegt worden sind. Eine zentrale Rolle in diesem Zusammenhang spielte zweifellos die Gesundheitsförderungsprogrammatik, die ab Mitte der 80er Jahre und in Verbindung mit dem Institutionalisierungsprozess von Public Health in Deutschland wesentliche Impulse für eine Stärkung der kommunalen Ebene ausstrahlte. Zum Teil im Gefolge dieser Entwicklung, zum Teil im Zusammenhang mit der Einführung neuer Steuerungsmodelle in der öffentlichen Verwaltung wurden ab den 90er Jahren neue Gesundheitsdienstgesetze

verabschiedet, die ihrerseits wiederum Koordinations- und Steuerungsmöglichkeiten der Kommunen – vorwiegend im Bereich der Gesundheitsförderung – vorsahen.

Das Modellprojekt 'Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung' des Landes NRW (ab 1995) stellt den vorläufig umfassendsten und konsequentesten Versuch dar, die Koordinations- und Steuerungspotenziale der Kommunen auszuschöpfen und die Basis für ein zukünftiges kommunales Gesundheitsmanagement zu legen. In Folge dessen setzt die hier vorliegende Untersuchung an den Erfahrungen und Erkenntnissen im Zusammenhang mit der Implementierung dieser Strategie an: Im Mittelpunkt dieser Arbeit steht die Frage nach den konzeptionell-theoretischen Grundlagen der Ortsnahen Koordinierung einerseits, und die Frage nach den aus ihrer Implementierung abzuleitenden Schlussfolgerungen für die Weiterentwicklung und Etablierung eines kommunalen Gesundheitsmanagements andererseits.

Kapitel III: Die 'Ortsnahe Koordinierung' und ihre konzeptionell-theoretischen Grundlagen

Die gesundheitspolitische Strategie einer 'Ortsnahen Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung' bildet im Kontext der vorliegenden Analyse sowohl den konzeptionellen Ausgangspunkt als auch die empirische Basis für eigene Überlegungen im Hinblick auf ein zukünftiges ortsnahe bzw. kommunales Gesundheitsmanagement. Vor diesem Hintergrund bedarf es einer näheren Betrachtung dessen, was man als 'Philosophie der Ortsnahen Koordinierung' bezeichnen kann sowie eine Analyse des ihr zugrundeliegenden Handlungsmodells. Diese Aspekte stehen im Mittelpunkt dieses Kapitels.

Im Sinne einer möglichst strukturierten und übersichtlichen Aufarbeitung der theoretisch-konzeptionellen Grundlagen der 'Ortsnahen Koordinierung' werden zunächst in einem deskriptiv-dokumentarischen Teil (Teil A) die im Zusammenhang mit der Erprobung dieses Ansatzes formulierten Erwartungen, Ziele und Prioritäten in Form einer weitgehend unreflektierten Zusammenfassung wiedergegeben. In diesem Abschnitt werden ebenso die im Modellprojekt erprobten Strukturen und Verfahren sowie das vorgesehene Procedere beschrieben.

Der zweite Teil des Kapitels (Teil B) umfasst die Interpretation und Reflexion der im Teil A beschriebenen Strategie einer „Ortsnahen Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“ unter Berücksichtigung ihrer konzeptionell-theoretischen Grundlagen.

Teil A

1. Hintergrundinformationen zum Modellprojekt 'Ortsnahe Koordinierung'

Anfang der 90er Jahre bestand in der Regierungskoalition des Landes NRW ein breiter Konsens darüber, dass die traditionelle sektorale Perspektive bei der Planung und Steuerung der Angebote zur gesundheitlichen und sozialen Versorgung im Hinblick auf die Kriterien der Bedarfsgerechtigkeit und der Wirtschaftlichkeit nicht mehr angemessen sei. Ebenso Einigkeit bestand darüber, dass eine stärkere Koordination und Vernetzung von Planungs- und Leistungsprozessen die Voraussetzung dafür sei, dass die gesundheitliche Versorgung im Lande qualitativ verbessert, aber auch wirksamer und wirtschaftlicher gestaltet werden kann (vgl.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (MAGS), Tischvorlage 1995:1). In diesem Zusammenhang – und unter Berücksichtigung von Erfahrungen anderer EU-Staaten – bestand weitestgehende Übereinstimmung darin, dass die Vorteile verbesserter Koordination und Vernetzung insbesondere auf der kommunalen Ebene manifest werden können.

„Die Kommunen sind der örtliche Lebensraum der Bevölkerung und damit auch die Ebene, auf der sich die Nahtlosigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungen gesundheitlicher und sozialer Versorgung zu erweisen haben“ (Sendler 1996:35).

Im Gegensatz dazu konstatiert der Modellträger unzureichende Gestaltungs- und Einflussmöglichkeiten der Kommunen, obwohl sie von Entscheidungen der planenden Instanzen der Bundes-, Landes- und korporatistischen Ebenen unmittelbar betroffen sind. Angesichts dieses Ungleichgewichts ging das damalige Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) als Initiator und Träger des Modellversuchs davon aus, dass die Effektivitäts- und Effizienzängel im gesundheitlichen und sozialen Versorgungssystem nicht nur auf die solitären Entscheidungen der parallel arbeitenden Träger und die Defizite in den Informationsgrundlagen zurückzuführen seien, sondern auch auf bisher fehlende Möglichkeiten, Wissen und Kompetenz der Betroffenen auf kommunaler Ebene ausreichend bei Planungsentscheidungen zu berücksichtigen.

„Die Kommunen haben (im Kontext des Gesundheitswesens, P.Z.) in keinem Planungsverfahren entscheidungserhebliche oder auch nur verfahrensgestaltende Kompetenzen. So hat die kommunale Ebene in der Vergangenheit eher kumulierende Forderungen erhoben, als sich aktiv in den Prozeß der abgestimmten Planung einzuschalten. (...) Viele Beispiele zeigen, daß die örtliche Ebene ihre Kenntnisse konstruktiv einbringen kann und vielfach auch sehr intensiv bemüht ist, zu einer Abstimmung der Interessen und zu einer Koordinierung der Leistungen zu kommen, zumal diese Bemühungen zu einem höheren Nutzungsgrad vorhandener Kapazitäten und letztlich zu einer besseren Versorgung der Bürger führen“ (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (MAGS), Ausschreibung 1995:4).

Von dieser Annahme ausgehend fiel die Entscheidung zur Formulierung eines umfassenden Rahmenkonzeptes (vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW MAGS, Tischvorlage 1995), das unter der Überschrift 'Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung' das zentrale Ziel verfolgte (und unter geänderten rechtlichen Rahmenbedingungen weiterhin verfolgt), die kommunale Ebene gesundheitspolitisch und fachlich zu stärken und zu einer ortsnahen (Fein-)Steuerung von Planungs- und Leistungsprozessen zu befähigen. Dieses Rahmenkonzept integrierte drei bereits eingeleitete Projekte:

- das zum Jahresende 1994 ausgeschriebene Projekt 'Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung',
- das Projekt „Örtliche Pflegekonferenzen Nordrhein-Westfalen“ und
- das Projekt zur Erprobung der Leitlinien für ein Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (Gesundheitsamt 2000), das im Zuge dieser Integration in das übergreifende Rahmenkonzept nicht mehr eigens ausgeschrieben wurde (vgl. Rahmenkonzept 'Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung' im Anhang).

Diese Integration implizierte ein großes Spektrum möglicher Erprobungsaspekte und Erprobungsthemen, welche im Rahmen des breit angelegten Modellprojektes 'Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung' berücksichtigt werden sollten. Dieses Modellprojekt wurde Anfang 1995 vom o.g. MAGS (als Projektträger) landesweit ausgeschrieben und sollte ursprünglich eine Laufzeit von drei Jahren haben (nachträglich wurde der Erprobungszeitraum zunächst auf ein Jahr beschränkt und schließlich doch bis Ende 1998 verlängert). Der Aufruf zur Mitwirkung ging an alle Kreise und kreisfreien Städte, wobei die Zahl der möglichen Modellregionen zunächst auf zehn begrenzt wurde. An dem Modellprojekt beteiligten sich schließlich 28 von 54 Kreisen und kreisfreien Städten des Landes Nordrhein Westfalen, womit sich das Interventionsfeld flächen- und einwohnerbezogen auf etwas mehr als die Hälfte des gesamten Bundeslandes bezog.

Als Anreiz zur Teilnahme stellte das MAGS für den Erprobungszeitraum einen begrenzten Förderbetrag von 120.000 DM jährlich pro Kommune zur Einrichtung einer Geschäftsstelle bei einem örtlich zuständigen Gesundheitsamt³⁹ zur Verfügung. Darüber hinaus wurde die konzeptionelle Unterstützung und Beratung durch das Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (Iögd-Bielefeld) und das Institut für Gesundheit und Sozialforschung (I-GES - Berlin) sowie eine wissenschaftliche Begleitung vorgesehen (vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (MAGS), Rahmenkonzept 'Ortsnahe Koordinierung' 1995).

³⁹ Ausnahmen von der grundsätzlichen Anbindung der Geschäftsstelle an das Gesundheitsamt bedurften der Abstimmung mit dem Modellträger und setzten voraus, dass die Arbeit der Geschäftsstelle auch dem Gesundheitsamt zugute kam (vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (MAGS), Rahmenkonzept 'Ortsnahe Koordinierung' 1995).

Im folgenden Abschnitt werden die mit dieser gesundheitspolitischen Strategie verbundenen Erwartungen und Ziele wiedergegeben.

2. Erwartungen, Prioritäten und Ziele des Projektträgers

Dem Modellprojekt lag die Erwartung zugrunde,

- „(...) dass es durch ortsnahe Koordination gelingen kann,
- die Planung und das Angebot der Leistungen des Gesundheitswesens bürgernah am Bedarf auszurichten und zu entwickeln,
- auf diese Weise Leistungslücken und fehlende Abstimmung zwischen den für die Planung und die Leistung Verantwortlichen zu vermeiden,
- die Arbeitsabläufe effizienter zu gestalten und damit
- die Versorgung der Betroffenen insgesamt zu verbessern“.

(Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (MAGS), Ausschreibung 1995:1).

Darüber hinaus sollte eine Neuorientierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) weg von rein überwachenden und regulierenden hin zu moderierenden Aufgaben im Kontext eines kommunalen Gesundheitsmanagements erprobt werden (vgl. Badura et al. 2000:188).

Diese Erwartungen waren mit der Perspektive verbunden, dass an einer ortsnahen Koordination und Planung alle vor Ort vertretenen ambulanten, teilstationären, stationären und komplementären Dienste bzw. Einrichtungen und deren Träger zu beteiligen sind. Auf diese Weise sah der Projektträger die Möglichkeit, „(...) modellweise eine ortsnahe Abstimmungsebene zu erproben, die die Bedarfsabstimmung aus freien Stücken bündelt und deren Ergebnisse dann in die Schlussentscheidungen der jeweils zuständigen Stellen zurückgeleitet werden“ (ebenda:6)⁴⁰.

Konkret regte der Projektträger bei den Modellkommunen die Bildung eines 'Runden Tisches'⁴¹ zur Kommunikation, Abstimmung und Kooperation der wesentlich für die gesund-

⁴⁰ Damit sollte der Tatsache Rechnung getragen werden, dass der Modellversuch im Rahmen der geltenden Rechtslage stattfinden sollte: „Die Rechtslage lässt die Übertragung des konstitutiven Entscheidungsaktes auf die örtliche Ebene nicht in allen Bereichen zu. Dem stehen z.B. für die Krankenhausversorgung das Bundes- und Landeskrankenhausrecht, für die Versorgung durch Vertragsärzte das Vertragsarztrecht und für die Rehabilitation verschiedene bundesrechtliche Vorschriften entgegen“ (vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (MAGS), Ausschreibung 1995:5).

⁴¹ In § 24 des Gesetzes über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) wird der Begriff „Runder Tisch“ durch „kommunale Gesundheitskonferenz“ ersetzt (vgl. Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) vom 25.11.1997: 435).

heitliche und soziale Versorgung verantwortlichen Akteure vor Ort an. Der 'Runde Tisch' sollte laut Rahmenkonzept als Gesundheits- und Pflegekonferenz wirken.⁴²

„Der 'Runde Tisch' ist prinzipiell für sämtliche Fragen der Abstimmung und Transparenz und deren übergreifende Betrachtung zuständig. Er führt eine Bestandsaufnahme durch, setzt Prioritäten für die Themenaufbereitung und bildet zur Vorbereitung der Beratung einzelner Themenbereiche Arbeitsgruppen, berät die Arbeitsergebnisse und entwickelt einvernehmliche Handlungsempfehlungen“ (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS), Rahmenkonzept 'Ortsnahe Koordinierung' 1995).

Als Orientierungsrahmen für dieses Procedere postulierte der Projektträger in Abstimmung mit dem Vorbereitenden Ausschuss der Landesgesundheitskonferenz folgende Prinzipien bzw. Richtlinien, deren Einhaltung durch die Modellkommunen eine einheitliche und den rechtlichen Spielräumen entsprechende Arbeitsweise gewährleisten sollte:

- vorhandene Koordinations- und Kooperationsmöglichkeiten sollen ausgeschöpft werden;
- die Beteiligung an Kommunikations-, Abstimmungs-, Entscheidungsprozessen und ggf. Umsetzungsprozessen vor Ort soll jeweils nach den Kriterien der Freiwilligkeit, des Konsens und der Selbstverpflichtung stattfinden;
- Formulierung und Verabschiedung von 'einvernehmlichen Handlungsempfehlungen' (HE)⁴³, die sich am lokalen Bedarf im Rahmen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung zu orientieren haben;
- das Verfahren zur Erstellung von HE (Einvernehmlichkeit = keine Gegenstimme, Enthaltungen möglich) folgt dem Gebot der Transparenz und der Nachvollziehbarkeit des Entscheidungsgangs;
- die an den Beratungen der lokalen Runden Tische Beteiligten verpflichten sich, die entscheidenden Organisationen über den Auswahlprozess, den Beratungsstand und die gemeinsamen HE frühzeitig zu informieren. Sie vermitteln den Runden Tischen rechtzeitig Anregungen und Hinweise;
- Die HE müssen die SGB V-Kriterien (§ 12 SGB V: ausreichend, zweckmäßig, wirt-

⁴² Im Rahmenkonzept 'Ortsnahe Koordinierung' ist noch aufgeführt, dass die 'örtlichen Pflegekonferenzen' in NRW in das Projekt 'Ortsnahe Koordinierung' integriert werden sollen. Die Umsetzung der Pflegeversicherung ist seit dem 19.03.96 im Landespflegegesetz NRW geregelt. Die Pflegekonferenzen haben mit diesem Gesetz eine eigene Rechtsgrundlage erhalten und wurden damit aus dem Projekt 'Ortsnahe Koordinierung' herausgelöst.

⁴³ Eine 'einvernehmliche Handlungsempfehlung' ist ein *einvernehmlicher* Beschluss des Runden Tisches mit verbindlichen Angaben über Ziele, Aktivitäten, Koordination, Ergebnisse, Berichterstattung und Begründungszusammenhang der vereinbarten Maßnahmen zur Lösung bzw. Abschwächung eines vorliegenden Problems (vgl. Kap III. 2.3.5). 'Einvernehmlich' bedeutet dabei ohne Gegenstimme bei möglichen Enthaltungen.

- schaftlich, notwendig) beachten, soweit es um Regelleistungen der GKV oder um Modellprojekte geht;
- Die HE müssen ebenso die Rechtslage und die Aufgaben- und Finanzierungszuständigkeiten beachten (vgl. Ergebnisniederschrift Vorbereitender Ausschuß der Landesgesundheitskonferenz (14. April 1997), Dokument VA1-0010.3.2).

Ausgehend von dieser hier skizzierten Funktionsweise für den Runden Tisch sah das Rahmenkonzept vom Juli 1995 ein breites Spektrum an Koordinationsgegenständen bzw. -themen vor. Genannt wurden konkret folgende, mit Priorität zu bearbeitenden Themenschwerpunkte, wobei die Möglichkeit zu einer darüber hinausgehenden Themenauswahl offen blieb:

- „Gesundheitsförderung und Organisation von ambulanten Diensten/Sozialstationen,
- die geriatrische Versorgung mit der Bildung von Versorgungsketten,
- die psychiatrische Versorgung mit der Bildung von Versorgungsketten,
- Berücksichtigung der besonderen Fragen im Grenzbereich zu anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union“ (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS), Rahmenkonzept 'Ortsnahe Koordinierung' 1995).

Bei der Bearbeitung dieser Themenkomplexe sollten – mit Hilfe der wissenschaftlichen Begleitung – u.a. Erkenntnisse über die Themenauswahl und die Verfahrensweise bei der Erarbeitung, Verabschiedung und Umsetzung der Handlungsempfehlungen im Zuge der Koordination durch den "Runden Tisch"; darüber hinaus über Funktionen, Aufgaben, Verfahren und Instrumente nach den „Leitlinien für ein Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen“ (vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales – (MAGS), Rahmenkonzept 'Ortsnahe Koordinierung' 1995).

In Rahmen dieses von dem Modellträger vorgegebenen Erkenntnisinteresses oblag der Evaluation u.a. die Klärung folgender Aspekte und Fragen im Hinblick auf die Realisierung einer 'ortsnahen Koordinierung':

- Besonderheiten städtischer Ballungs- und ländlicher Flächenregionen,
- Besonderheiten von Kreisen und kreisfreien Städten im Grenzbereich zu anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union,
- Zusammensetzung der am „Runden Tisch“ und an seinen Arbeitsgruppen Beteiligten,

- Erfahrungen, wie die Beteiligten mit ihren Handlungsspielräumen während und nach gemeinsamer Bedarfsabklärung umgehen, welche Kräfteverhältnisse konstruktiv und destruktiv auf den Konkretisierungsprozess und seine Umsetzung wirken,
- Methoden zum Erwerb der Datengrundlagen. Darunter fallen u.a. der Umgang mit den krankenhausbezogenen qualitativen und quantitativen Eckdaten einschließlich der erforderlichen Gewichtungsfaktoren für die örtliche Verwendung sowie die Datenlage zur Umsetzung der Pflegeversicherung und der Rehabilitation. Hinzu kommt die Aufbereitung der Datenlage zu parallelen Versorgungsbereichen, soweit sie für die Abklärung je nach Aufgabenspektrum von Bedeutung sind (niedergelassene Ärzte, soziale Dienste usw.),
- Erkenntnisse und Bewertung zu Einzelheiten der gegenwärtigen Rechtslage, die die Koordinierung, Transparenz und Umsetzung der Empfehlungen des 'Runden Tisches' erschweren oder behindern und Hinweise zur Optimierung des Verfahrens, um Hemmnisse ggf. abzubauen zu können (ebenda).

Als grundlegende Ziele des Modellprojektes postulierte der Projektträger in der Initialphase des Modellprojektes 'Ortsnahe Koordinierung'

„ (...) die Optimierung der Versorgung der Kranken und Pflegebedürftigen insbesondere unter den Gesichtspunkten der Bedarfsgerechtigkeit, der Zugänglichkeit und der Bürgernähe, die Erarbeitung effizienter Formen der Beteiligung, der Zusammenarbeit, der Information und Abstimmung und den Aufbau flexibler Strukturen für die Durchgängigkeit, Durchlässigkeit, Austauschbarkeit und Ersetzbarkeit der einzelnen Leistungen der regionalen Gesundheitsorganisation“ (vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS), Ausschreibung 'Ortsnahe Koordinierung' 1995).

Als konkretes operatives Ziel bis zum Ende der Projektlaufzeit – ursprünglich Ende 1996 – wurde die „Vorbereitung und Verabschiedung 'einvernehmlicher Handlungsempfehlungen' in den Themenkomplexen vorgesehen, die eine Kommune als Gegenstand ihrer Kooperationsinitiative gewählt hat“ (ebenda).

Diese hier in Anlehnung an den Projekt-Träger genannten Ziele wurden von der wissenschaftlichen Begleitung zu Analysezwecken hierarchisiert und als „zentrale Zielsetzung“ des Modellprojekts zusammengefasst. Danach bestand die zentrale Zielsetzung des Modellprojekts darin, neue Abstimmungs-, Planungs- und Managementstrukturen auf kommunaler Ebene zu etablieren, die in Verbindung mit verbesserten Informationsgrundlagen (Auf- bzw. Ausbau einer Gesundheitsberichterstattung) einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und -förderung hinsichtlich der SGB V- Kriterien der Bedarfsgerechtigkeit, Wirksam-

keit und Wirtschaftlichkeit leisten sollen. Hierbei sollten übergeordnete Zuständigkeiten und Entscheidungskompetenzen auf den Steuerungsebenen des Bundes, des Landes und der Verbände gewahrt werden (Knesebeck v.d.; Zamora et al. 2000:28).

Die Realisierung dieser zentralen Zielsetzung auf kommunaler Ebene wurde nach Interpretation der Begleitforschung konkret durch folgende Teilziele angestrebt:

- Aufbau und Etablierung einer Managementstruktur auf kommunaler Ebene, bestehend aus dem "Runden Tisch" bzw. der Gesundheitskonferenz, themenspezifischen Arbeitsgruppen und lokalen Geschäftsstellen;
- Auf- bzw. Ausbau der Gesundheitsberichterstattung (GBE) als notwendige Grundlage einer rationalen, bedarfsorientierten Gesundheitspolitik und -planung und zur Herstellung von Transparenz im Gesundheitssystem;
- Förderung der organisations- und professionsübergreifenden Koordination und Kooperation im Hinblick auf mehr Verzahnung und Vernetzung im Gesundheitssystem auf örtlicher Ebene und zwischen örtlicher und Landesebene;
- Entwicklung, Verabschiedung und Umsetzung von einvernehmlichen Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung;
- Optimierung von Planungs- und Entscheidungsprozessen im Hinblick auf ein planvolles, zielorientiertes Handeln der Akteure der Gesundheitspolitik auf kommunaler und Landesebene;
- Optimierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung in Problembereichen des kommunalen Gesundheitswesens (vgl. Knesebeck v.d.; Zamora et al. 2000:29).

Diese Teilziele waren in erster Linie auf die kommunale Ebene ausgerichtet, wo die Kernprozesse des Modellprojektes (im wesentlichen Informationsgenerierungs-, Kommunikations-, Koordinations-, Kooperationsprozesse) angestoßen werden sollten. Diese Handlungsebene wurde von der wissenschaftlichen Begleitung zu analytischen Zwecken als 'Interventionsfeld' konzeptualisiert, in dem zwei Typen von Akteuren agierten: zum einen diejenigen, die unmittelbar an der Umsetzung des Projektes im Rahmen der neuen Managementstrukturen beteiligt werden sollten (Projektgeschäftsstelle, Fachämter, staatliche und nicht staatliche Akteure wie Verbände, Vereine, Standesvertretungen, etc.); zum anderen aber auch diejenigen, die von der Realisierung der o.g. Projektziele profitieren sollten: die örtlichen Anbieter und Träger von gesundheitsbezogenen Dienstleistungen durch mehr Transparenz und Planungssicherheit und der einzelne Bürger bzw. Versicherte als Benutzer des Versorgungssystems vor Ort durch

mehr Information, Transparenz und durch eine bedarfsgerechtere und effektivere Versorgungssituation.

Das 'Interventionsfeld' wurde in Anlehnung an Mayntz (1977, 1980) vom 'Interventionssystem' abgegrenzt. Dieses wurde von der wissenschaftlichen Begleitung als die Handlungsebene der steuernd, kontrollierend, beratend und unmittelbar durchführend mit der Umsetzung des Projekts befassten Instanzen konzeptualisiert. Zu den Akteuren des Interventionssystems des Modellprojektes 'Ortsnahe Koordinierung' zählten demnach der Projektträger (das oben genannte MAGS), das Landesamt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst - Bielefeld (lögD), das Institut für Gesundheit und Sozialforschung - Berlin (IGES) sowie die Universitäten Bielefeld und Düsseldorf als Begleitinstitutionen mit Management-, Service- und Forschungsaufgaben.

3. Anlage und Funktionsweise des Modellprojekts 'Ortsnahen Koordinierung'

Zur Umsetzung und Realisierung der definierten Interventionsziele bediente sich das Modellprojekt eines breiten Interventionsinstrumentariums. Dessen Kern bildeten die Instrumente 'Runder Tisch' (RT), 'themenbezogene Arbeitsgruppe' (AG) und 'lokale Projektgeschäftsstelle'. Im Mittelpunkt der Intervention vor Ort stand der Runde Tisch als neu konzipiertes Abstimmungs- und Steuerungsgremium, an dem alle relevanten Akteure des kommunalen Gesundheitswesens – einschließlich Vertreter der örtlichen Selbsthilfe und anderer Patientenorganisationen – beteiligt werden sollten (vgl. Abbildung 2, Seite 62). Hierdurch war eine Bürgerbeteiligung in Anlehnung an das in Großbritannien und den Niederlanden praktizierte Verfahren einer 'Beratungsbeteiligung' vorgesehen⁴⁴. Die 'Beratungsbeteiligung' sieht eine unmittelbare Partizipation von Bürger- bzw. Patientenvertretern an Beratungs- und Entschei-

⁴⁴ Die Niederlande waren bis vor kurzem ein Paradebeispiel für eine 'Beratungsbeteiligung' von Bürgern und Patienten auf der Ebene gesundheitspolitischer Regierungsbeiräte. Seit 1997 (Gesetz über die Anpassung des Beratungssystems) gibt es eine starke Tendenz, Beteiligung in der Form von Beratungsgremien zurückzuschneiden. Das beruht vor allem auf einer Debatte über Privatisierung, Deregulierung und Entbürokratisierung in den letzten Jahren. Damit wird der Ansatz einer 'Beteiligung durch direkte Demokratie' aber nicht dementiert, sondern auf eine andere Ebene verlagert ('Mitbestimmung in Gesundheitsinstitutionen der Versorgung') (vgl. Francke/Hart 2001:174). Die hier zitierten Autoren weisen in diesem Zusammenhang auch an den traditionsreichen Ansatz der 'Community Health Councils (CHC)' im Vereinigten Königreich hin. Diese Einrichtungen haben den Autoren nach eine Vorreiterrolle bezüglich der Einbeziehung von Patienten bzw. Laien in das Gesundheitswesen eingenommen. So haben CHC u.a. Unterstützung für die Selbsthilfe gefordert und kommunale Netze und Nutzer-Umfragen organisiert, lange bevor solche Ziele vom 'National Health System (NHS)' aufgenommen wurden. „Der Sache nach handelt es sich (hierbei) um Institutionen, den lokalen oder regionalen Gesundheitskonferenzen in Deutschland (...) vergleichbar, die auf der Ebene des Gesundheitssystems am ehesten dem Modell Beratungsbeteiligung von Bürgern entsprechen“ Francke/Hart 2001:178f).

dungsprozessen vor. Dieses Modell soll die Informations- und Wissensbasis schwächerer Beteiligungsverfahren (wie z.B. der Anhörung) erweitern und zusätzlich die Diskussionsbeteiligung ermöglichen:

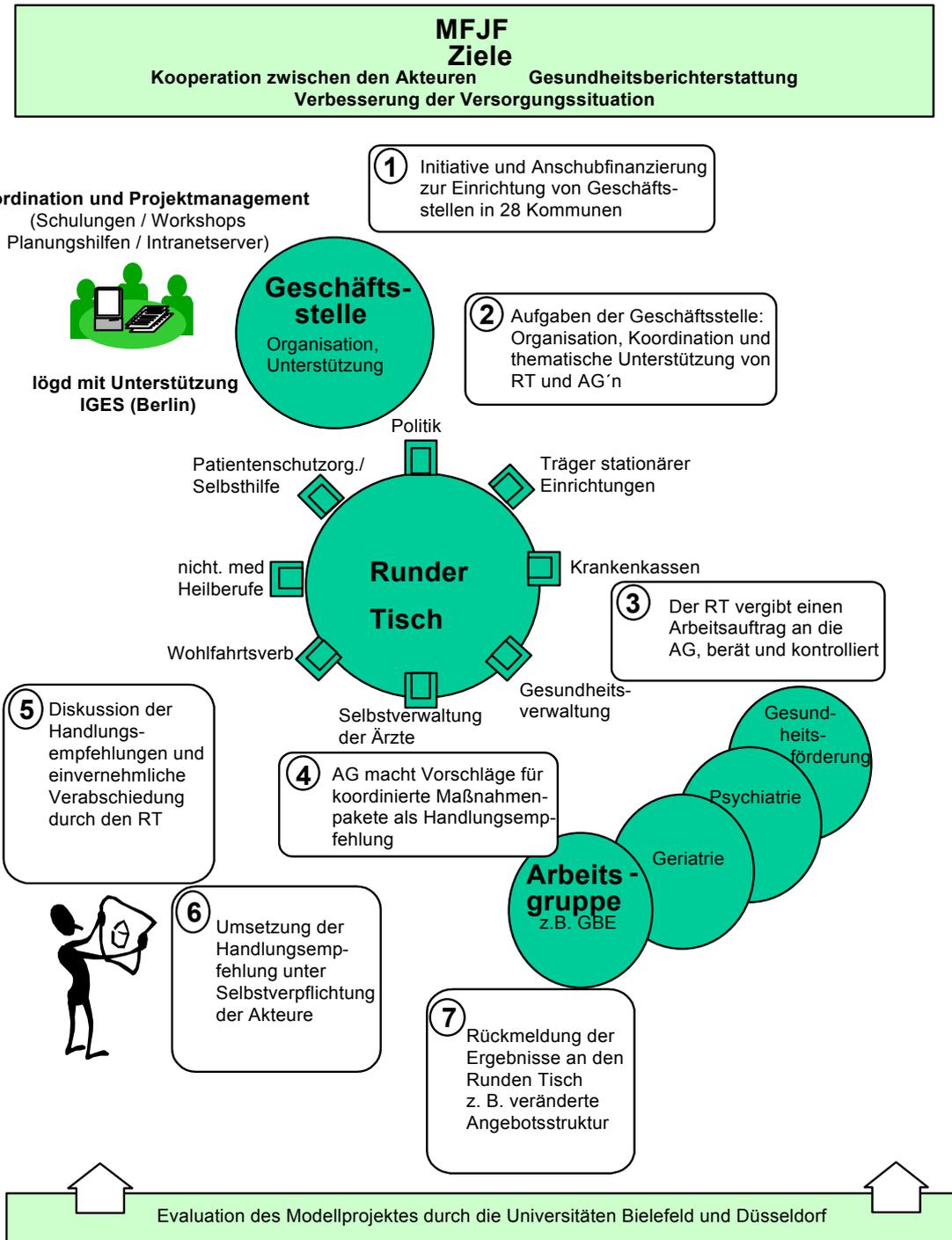
„Beratungsbeteiligung gewährleistet jenseits des Informationserweiterungsaspekts die kommunikative und argumentative Verstrickung in Verfahren und sichert die Möglichkeit, (auch eigenständig) Beratungsthemen zu formulieren und zwingt insgesamt die am Verfahren Beteiligten, sich mit dem eingebrachten Material auseinanderzusetzen“ (Francke/Hart 2001:60; vgl. darüber hinaus Kapitel IV).

Der Runde Tisch war u.a. für die Verortung von Problemfeldern und Versorgungslücken auf kommunaler Ebene, für die Formulierung von Zielen und Prioritäten, für die Einsetzung von themenspezifischen Arbeitsgruppen, für die Erörterung/Beratung von Aufgaben und Maßnahmen und für die Verabschiedung von 'einvernehmlichen Handlungsempfehlungen' zuständig.

In den Arbeitsgruppen sollten – je nach Fragestellung – Vorschläge zur Bedarfsabklärung, zur Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur und zur Förderung der Kooperation und Transparenz erarbeitet und als Handlungsempfehlungen an den RT zurückgemeldet werden. Durch die Präsenz von sachkundigen Vertretern in den Arbeitsgruppen sollte die notwendige themenspezifische Sachkompetenz und die Perspektive der (Versorgungs-) Praxis einbezogen werden.

Das dritte zentrale Element des Interventionsinstrumentariums bestand aus den in den Modellkommunen in der Regel am Gesundheitsamt eingerichteten lokalen Geschäftsstellen. Diese übernahmen hauptsächlich die vielfältigen Managementaufgaben vor Ort, so z.B. die Organisation, Koordination und Unterstützung des Runder Tisch und seiner Arbeitsgruppen (vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes NRW; Rahmenkonzept 'Ortsnahe Koordinierung' Tischvorlage (03.11.1995) im Anhang).

Abbildung 2: Anlage und Funktionsweise der 'Ortsnahe Koordinierung'



aus: Badura et al. 2000:191

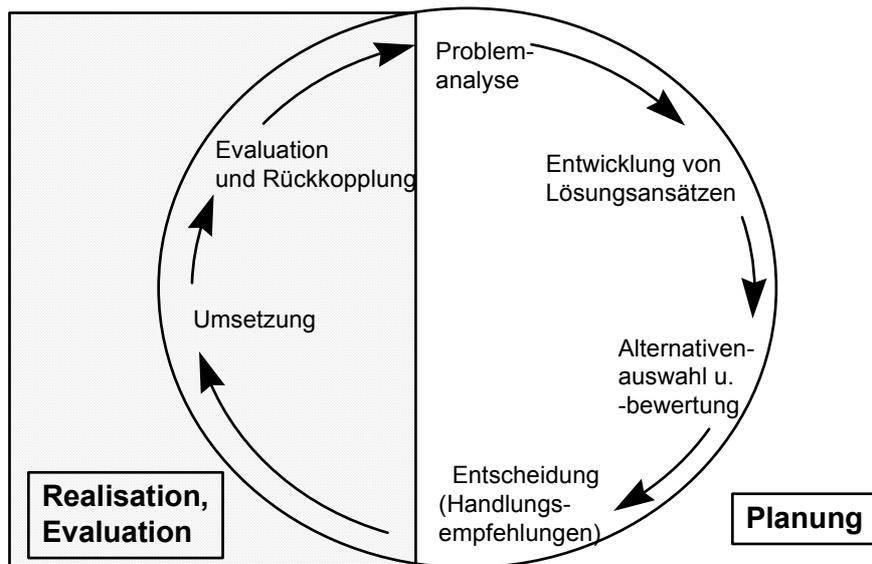
4. Arbeits- und Vorgehensweise der Managementstrukturen

Für die neuen Managementstrukturen auf kommunaler Ebene sah der Projektträger eine informationsbasierte und zielorientierte Vorgehensweise vor, die sich an folgenden Schritten orientieren sollte:

- Situationsanalyse anhand vorhandener Informationen und Daten und durch die Entwicklung einer auf Fortschreibung ausgerichteten Gesundheitsberichterstattung,
- globale Problemanalyse/Themenvorauswahl,
- themenspezifische Problemanalyse,
- Entwicklung von Lösungsansätzen (mit Angaben von Zielen und Handlungsalternativen),
- Alternativenauswahl und -bewertung,
- Formulierung von Handlungsempfehlungen,
- einvernehmliche Verabschiedung von Handlungsempfehlungen,
- Umsetzung der Handlungsempfehlungen/Evaluation der Umsetzungsphase (d.h. Vergleich von tatsächlich erreichtem Ergebnis und angestrebter Zielsetzung),
- erneute Situations- und Problemanalyse (nach Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS), Rahmenkonzept 'Ortsnahe Koordinierung' 1995; vgl. Abbildung 3, Seite 64).

Diese vom Projektträger propagierte informations- und zielorientierte Vorgehensweise wurde von der wissenschaftlichen Begleitung zu Evaluationszwecken als Modell eines Planungs- bzw. Managementzyklus interpretiert und dargestellt (vgl. Zamora et al. 2000:22; darüber hinaus Abbildung 3). Im anschließenden zweiten Teil dieses Kapitels (Abschnitt 4.2) werden die (Management-)theoretischen Grundlagen und handlungsrelevanten Implikationen dieses Handlungsmodells ausführlicher dargestellt und diskutiert.

Abbildung 3: Der Planungs- und Entscheidungsprozess der 'Ortsnahen Koordinierung'



Quelle: in Anlehnung an Damkowski und Precht 1995

5. Zusammenfassung Teil A

Dem Modellprojekt lag die Erwartung zugrunde, dass durch die Ortsnahe Koordinierung Planung und Angebot der Leistungen des Gesundheitswesens bürgernah am Bedarf ausgerichtet werden können, damit Leistungslücken korrigiert und fehlende Abstimmung vermieden werden können (Schnittstellenproblematik). Außerdem sollten Arbeitsabläufe wirksamer gestaltet sowie die Informationslage (Gesundheitsberichterstattung) verbessert werden. Diese Maßnahmen sollten längerfristig zu einer verbesserten gesundheitlichen Versorgung der Bürgerinnen und Bürger beitragen. Das Projekt sollte Leistungserbringer und Kostenträger an sogenannten Runden Tischen (heute: Gesundheitskonferenzen) dazu motivieren, verbindliche Handlungsempfehlungen einvernehmlich zu verabschieden, deren Erarbeitung in themenbezogenen Arbeitsgruppen erfolgte. Organisatorisch und inhaltlich sollte der gesamte Prozess durch eine neu eingerichtete, zunächst aus Landesmitteln finanzierte lokale Projektstelle unterstützt werden, die beim zuständigen Gesundheitsamt anzusiedeln und nach Ablauf der Förderphase nach Möglichkeit aus kommunalen Haushaltsmitteln zu finanzieren war. Ursprünglich war geplant, das Modellvorhaben, das sich an alle Kreise und kreisfreien Städte des Landes richtete, auf zehn Modellregionen zu begrenzen und die Erprobung Ende 1996 abzuschließen. Durch die unerwartet breite Beteiligung von 28 der insgesamt 54 Kommunen des Landes und durch eine Reihe von zu Beginn nicht vorauszusehenden gesundheitspolitischen Entwicklungen auf Landes- und Bundesebene wurde das Modellvorhaben nicht nur zeitlich ausgewei-

tet (Herbst 1995 bis Ende 1998), sondern erfuhr auch Änderungen in einigen seiner ursprünglichen Bestimmungen. So wurde das ursprüngliche konkrete operative Ziel des Modellprojekts, die Vorbereitung und Verabschiedung von 'einvernehmlichen Handlungsempfehlungen', zum Zwischenziel. Die Umsetzung dieser Handlungsempfehlungen wurde indessen als eines der zentralen Projektziele definiert.

Die zentrale Zielsetzung des Modellprojektes bestand darin, neue Abstimmungs-, Planungs- und Managementstrukturen auf kommunaler Ebene zu etablieren, die in Verbindung mit verbesserten Informationsgrundlagen (Auf- bzw. Ausbau einer Gesundheitsberichterstattung) einen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung und -förderung leisten sollten. Hierbei sollten allerdings übergeordnete Zuständigkeiten und Entscheidungskompetenzen auf den Steuerungsebenen des Bundes, des Landes und der Verbände gewahrt bleiben.

Zur Umsetzung und Realisierung dieser Interventionsziele bediente sich das Modellprojekt unterschiedlicher Instrumente. Dessen Kern bildeten der 'Runde Tisch' als neu konzipiertes Abstimmungs- und Steuerungsgremium, an dem alle relevanten Akteure des kommunalen Gesundheitswesens beteiligt werden sollten. Der Runde Tisch war u.a. für die Verortung von Problemfeldern und Versorgungslücken auf kommunaler Ebene, für die Formulierung von Zielen und Prioritäten, für die Einsetzung von themenspezifischen Arbeitsgruppen, für die Erörterung von Aufgaben und Maßnahmen und für die Verabschiedung von 'einvernehmlichen Handlungsempfehlungen' zuständig.

Teil B

6. Theoretisch-konzeptionelle Leitbilder der Ortsnahen Koordinierung

Eine dem Modellprojekt 'Ortsnahe Koordinierung' zugrundeliegende 'Theorie' gab und gibt es nicht. Allerdings offenbart eine Analyse seiner Anlage, Erwartungen und Ziele die Existenz von theoretischen Annahmen und konzeptionellen Leitbildern unterschiedlicher Provenienz. Im Mittelpunkt dieses Abschnitts steht der Versuch ihrer Rekonstruktion und Reflexion. Ziel ist es hierbei, eine theoretische Basis für die (Re-)Interpretation und Analyse der 'Ortsnahen Koordinierungs-Strategie' sowie der im Kontext ihrer Umsetzung dokumentierten Erfahrungen und Ergebnisse zu entwickeln.

6.1 „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“: eine 'weiche' Steuerungsstrategie im Gesundheitswesen

Die primäre Absicht des für die 'Ortsnahe Koordinierung' zuständigen Ministeriums bestand und besteht darin, der Fragmentierung des gesundheitlichen Versorgungssystems und den daraus erwachsenen Steuerungs-, Qualitäts- und Effizienzproblemen auf kommunaler Ebene mittels einer zusätzlichen, ortsnahen Koordinations- und Steuerungsebene entgegenzuwirken. Auf diese Weise sollte eine Bedarfsabstimmung zwischen den Akteuren des kommunalen Gesundheitswesens „aus freien Stücken“ ermöglicht werden, wobei die Ergebnisse dieser Abstimmung in die „Schlußentscheidungen der jeweils zuständigen Stellen zurückgeleitet werden“ (zitiert a.a.O.). Eine zentrale Rolle hierbei kommt dem Instrument des 'Runden Tisches' zu, der dazu beitragen soll, die Abstimmung und Kooperation zwischen den zentralen gesundheitspolitischen Akteuren zu verbessern. Diese Erwartung wird mit der pragmatischen Einschätzung verknüpft, dass eine Intervention zur Verbesserung der Koordination und Kooperation zwischen interessengeleiteten, autonomen Akteuren (Standesorganisationen, konkurrierenden Versorgungseinrichtungen, Kostenträger, Parteien etc.) nicht mit Hilfe hierarchischer Steuerung, sondern nur mittelbar durch eine Verbesserung der Kommunikation und der Interaktionsbedingungen sowie durch eine stärkere Transparenz auf der Ebene des kommunalen Gesundheitswesens gelingen kann. Vor diesem Hintergrund betrachtet der Projektträger 'Freiwilligkeit', 'Konsens' und 'Selbstverpflichtung' als handlungsleitende Prinzipien der 'Ortsnahen Koordinierung' (vgl. Abschnitt 2 im ersten Teil dieses Kapitels).

Mit diesem Interventionsansatz rekurriert die zuständige Politik offenkundig auf Annahmen und Prämissen neuerer steuerungstheoretischer Konzeptionen, wobei die Anlage und Ziele des Projekts eine Orientierung an Modellen einer 'Kontextsteuerung' (vgl. Teubner/Willke 1984; Ulrich 1994) sowie an das Konzept des 'Politik-Netzwerks' (vgl. Mayntz/Scharpf (Hrsg.) 1995) erkennen lassen. Vor der Folie dieser noch näher zu begründenden Interpretation ergibt sich die Notwendigkeit, zunächst die diesen Konzeptionen zugrundeliegenden Prämissen und Wurzeln zu reflektieren (6.2), die genannten Steuerungskonzeptionen selbst vorzustellen (6.3 und 6.3.1) und im Anschluss daran, die 'Ortsnahe Koordinierung-Strategie' einer steuerungstheoretischen Analyse zu unterziehen (6.4).

6.2 Ausgangspunkt: Die Steuerungsproblematik funktional differenzierter Gesellschaften. Politische Steuerung als systemtheoretisches Problem

Der Steuermann-Topos⁴⁵ als Metapher für die politische Steuerung eines Gemeinwesens prägte die politische Philosophie bis weit in das 20. Jahrhundert hinein. Damit verbunden waren zwei Vorstellungen, die bis heute die alltagsweltliche und z.T. auch die traditionelle politikwissenschaftliche Sichtweise politischer Steuerung prägen:

- Die Vorstellung, dass die Gesellschaft durch Politik zu einheitlichem, auf eine politische Zielvorgabe hin orientiertes Handeln veranlasst werden kann, und
- Die Vorstellung, dass Politik zu diesem Zweck über eine eigenständige Rationalität und ein Steuerungswissen verfügt, das einen aus der Gesellschaft herausgehobenen Status der Politik legitimiert (vgl. Lange/Braun 2000:19).

Diese Vorstellungen prägten bis in die 60er Jahre hinein das Bild eines gemeinwohlgeleiteten Staates, der mittels hierarchischer Planung und Intervention seine Ziele verfolgt. Dieses Bild wurde in Deutschland mit der Publikation der ersten Analysen einer aufkommenden Implementationsforschung, die die Vollzugsdefizite regulativer Politik dokumentierte, ernsthaft in Frage gestellt (vgl. Mayntz 1977; Mayntz 1980/1983(Hrsg.)):

„Der Planungsanspruch des Wohlfahrtsstaates wurde auf allen Ebenen heruntergefahren, und die deutschsprachigen Sozialwissenschaften folgten dieser Entwicklung mit einer semantischen Variation: Der Begriff der politischen Steuerung verdrängte zu Beginn der 80er Jahre den Begriff der Planung als Metapolicy. Diese Variation der Fachterminologie (...) hatte nicht nur kosmetischen Charakter, sondern auch inhaltliche Konsequenzen“ (Lange/Braun 2000:22).

In der Tat vollzieht sich Mayntz zufolge in den späten 70er Jahren ein 'Paradigmenwechsel' in Sozialwissenschaften und Politik, der sich vor dem Hintergrund eines neuen Diskurses über Staatsaufgaben interpretieren lässt (Mayntz 1996:163). Im Verlauf dieses Diskurses kristallisiert sich ein Bild politischer Gesellschaftssteuerung heraus, das durch ein Auseinanderklaffen von Steuerungsansprüchen und -erfordernissen auf der einen und Steuerungsproblemen auf der anderen Seite gekennzeichnet ist. Der Versuch, diese Steuerungskrise des Wohlfahrts-

⁴⁵ Der Steuermann-Topos, die Metapher des Steuerns eines Schiffes auf hoher See, bildete ein zentrales Element der griechischen *polis*: Von Steuerungskunst und -wissen des Steuermannes (*Kybernétés*) einer griechischen Triere hingen Wohl oder Untergang des gesamten Schiffes samt Besatzung ab. Der herausgehobenen Funktion des *Kybernétés* korrespondierte eine erhöhte, für jedermann sichtbare Sitzposition auf der Brücke der Triere. Diese erhöhte Sitzposition wurde zum Leitbild für die politische Steuerung der Gesellschaft. Die „Kunst des Regierens“ (*techné politiké*) orientierte sich an der Kunst der Steuerung eines Schiffes (*techné kybernétiké*) mit dem Staatsmann als *Kybernétés*. Dieser muß – dem Vorbild des Steuermanns

staates zu deuten, wird zur zentralen Fragestellung der neuen Theorien gesellschaftlicher Differenzierung. Diese zeichnen ein Bild der modernen Gesellschaft als ein funktional differenziertes Nebeneinander relativ autonomer Teilsysteme mit eigenen Rationalitäten und Handlungslogiken, so z.B. das Wirtschaftssystem, das Wissenschaftssystem, das Bildungssystem und das Gesundheitssystem (vgl. Überblick bei Schimank 1996). Politische Steuerung hat aus dieser Perspektive immer mit dem Eigensinn der Steuerungsadressaten zu rechnen. Diese zeigen sich als rationale Akteure starr und unnachgiebig, wenn ihre Interessen durch politische Intervention tangiert werden. Die Eigentümlichkeit der Adressaten politischer Interventionen und die damit verbundenen Restriktionen für politische Steuerung und Gestaltung hat eine neue, systemtheoretische Steuerungstheorie hervorgebracht, die im Wesentlichen an den Arbeiten des Bielefelder Soziologen Niklas Luhmann anknüpft und insbesondere an seine Mitte der 80er Jahre vorgestellte 'neue' allgemeine Theorie sozialer Systeme (Luhmann 1993).

Ging es seiner 'alten' Theorie umweltoffener Handlungssysteme primär um die Frage, wie sich in einer komplexen Umwelt 'komplexitätsreduzierende Sinnstrukturen' als Systeme bilden und Kontakt mit dieser Umwelt erhalten, so wendet sich die 'neue' Theorie einem neuen funktionalen Bezugsproblem zu, nämlich der Frage, wie ein System überhaupt konstituiert, d.h. wie es ohne direkten Umweltkontakt von einem (selbst produzierten) Zustand und von einem Ereignis zum nächsten kommt (vgl. Luhmann 1993:62).

Anlass zu diesem neuen Erkenntnisinteresse war die Rezeption von Arbeiten der chilenischen Naturwissenschaftler Humberto Maturana und Francisco Varela, die ausgehend von empirischen Befunden neurophysiologischer Forschungen eine allgemeine 'Theorie des Lebendigen' aufstellen (Maturana 1985). Dieser Theorie zufolge bilden 'Selbstreproduktion' und 'rekursive Geschlossenheit aller Operationen' ('Autopoiesis' und 'Selbstreferenzialität') die Basismerkmale eines jeden biologischen Systems. Im Anschluss an diese Kernaussage betrachtet Luhmann auch soziale Systeme als autopoietische Systeme, da sie die Elemente, aus denen sie bestehen, aus sich selbst heraus produzieren und reproduzieren. Diese Selbstbezogenheit, die die Autopoiesis der Elemente eines Systems anleitet, wird von Luhmann als 'Selbstreferenz' des Systems vorgestellt: Alle Operationen eines sozialen Systems verlaufen danach selbstreferenziell, d.h. mit ausschließendem Bezug auf die eigene Selbstreproduktion oder Autopoiesis. Funktionale Differenzierung ist somit im Kontext Luhmanns Theorie selbstreferenziell-geschlossener Kommunikationssysteme als „(...) Pluralität von funktionsabhängigen Beobachtungsstandpunkten“ (Luhmann 1983:31) zu denken, zwischen denen keine Arbeitsteilung

entsprechend – hervorstechende Steuerungskompetenzen und ein überlegenes Wissen (*episteme*) aufweisen, um das Überleben des Volkes zu erreichen (vgl. Platon:203f; Platon 1985:61f nach Meichsner 1983).

im Sinne eines durchrationalisierten Zusammenhangs kooperativen Handelns existiert.⁴⁶ Systeme sind aus dieser theoretischen Perspektive folglich als 'Funktionssysteme' zu verstehen. Als solche sind sie in der Ausübung ihrer Funktion weitestgehend autonom, sie regeln selbst, wie sie ihre Funktion erfüllen, also zum Beispiel im Falle des Gesundheitssystems, wie sie Krankheit bekämpfen, Gesundheit vorbeugen und erhalten (Bauch 1996). Ergebnis dieser relativen funktionalen Autonomie ist, dass soziale Systeme ihre Funktion hypostasieren; d.h. sie konzentrieren sich auf ihre Funktionserfüllung und versuchen, diese permanent (im eigenen Sinne) zu optimieren.

Im Falle des oben angeführten Beispiels des Gesundheitssystems hat das zur Folge, dass auch zum Nachteil anderer Teilsysteme (etwa des Wirtschaftssystems, des Sozialversicherungssystems) eine stetige Optimierung der Funktionserfüllung angestrebt wird.

„So versucht das Gesundheitssystem auch die 'letzte' Krankheit aufzuspüren und Therapiekonzepte zu entwickeln oder veraltetete Therapiekonzepte durch moderne zu ersetzen, die eine *restitutio ad integrum* schneller oder besser ermöglichen. Das jeweilige Sozialsystem verfügt über keine Stoppregeln, die eine Grenze der Funktionserfüllung angeben könnten. Die Ausgabedynamik des Gesundheitssystems ist ohne Zweifel auf diese Hypostasierung der eigenen Funktion zurückzuführen. Die Ausweitung der Leistungskatalogs der GKV, die Entwicklung der High-Tech-Medizin, der medizinische Fortschritt sind eindeutige Beispiele dieser Selbsthypostasierung des Gesundheitswesens“ (Bauch 1996:56f).

Die Hypostasierung der jeweils eigenen Funktion führt zur Entstehung einzelner Rationalitäten und begünstigt eine Tendenz zur „Abweichungsverstärkung“ (Luhmann 1997:133).

Aus der Perspektive eines derartigen Bildes der modernen funktional ausdifferenzierten Gesellschaft begründet sich Luhmanns Steuerungsskeptizismus. Für ihn ist politische Steuerung im Sinne punktueller und korrigierender Interventionen ein Ding der Unmöglichkeit und damit allenfalls eine Illusion (vgl. Lange/Braun 2000:25).

„Man kann die Vorstellung fallen lassen, dass die Steuerung Intention und Resultat eines 'Handelnden' sei. Diese Vorstellung ist derart unrealistisch, daß sie empirische Forschungen, die so angesetzt sind, schon begrifflich invalidiert“ (Luhmann 1991:145).

Soziale Systeme sind in seinem Gesellschaftsverständnis umweltignorant und weisen alle deterministischen Steuerungsversuche von außen ab. Systeme entscheiden selbst, welche Umweltimpulse als solche wahrgenommen werden, um dann systemintern 'Resonanz', also Reaktion, auszulösen.

„Resonanz kommt zu Stande, wenn Umweltereignisse von einem Funktionssystem als für die eigene Autopoiesis relevant beobachtet und als Irritation oder Störung selektiert und verarbeitet werden. Die Verarbeitung solcher Irritationen erfolgt innerhalb eines Funktionssystems im

⁴⁶ Damit distanziert sich Luhmann von der klassischen Theorie sozialer Differenzierung durch Arbeitsteilung, wie sie am prägnantesten von Emile Durkheim vertreten wurde (Durkheim 1977- ursprl. 1893).

Rahmen von Programmen, die von dessen selbstreferenziellem Kern zu unterscheiden sind. Während der selbstreferenzielle Kern eines Funktionssystems, also der binäre Code, auf dessen Grundlage das System beobachtet und sich autopoietisch reproduziert, immer mit sich selbst identisch bleibt, sind in den Programmstrukturen Veränderungen möglich. Hier ist der Ort, an dem die selektierten Irritationen zu Informationen aufgearbeitet werden, und hier werden bei schwerwiegenden oder kontinuierlichen, die Autopoiesis des Systems bedrohenden Irritationen, Strukturvariationen vorgenommen, mit denen sich das System unter Wahrung seiner selbstreferenziellen Identität aus eigenem Antrieb und gleichsam evolutiv den beobachteten Umweltveränderungen anpasst“ (Lange/Braun 2000:59).

Ein solches autopoietisches Funktionieren lässt – in der systemtheoretischen Logik – im Prinzip keine gesicherten Mechanismen zu, über die gesellschaftlich schädigendes Verhalten der Teilsysteme (etwa die Hypostasierung des Gesundheitssystems) vermieden oder Erwartungen von Teilsystemen an andere Teilsysteme befriedigt werden können. Das macht das „Interdependenz-Independenz-Problem“ funktional differenzierter Gesellschaften aus (Willke 1989:48). Anders ausgedrückt: Das große Problem funktionaler Gesellschaften besteht in der 'Selbstbezüglichkeit' der Teilsysteme und den daraus folgenden Schwierigkeiten zur 'Reflexion'. Also, die Schwierigkeit sozialer Systeme, die eigenen Handlungen im Hinblick auf ihre gesellschaftlichen Auswirkungen zu betrachten bzw. zu reflektieren und daraus zu lernen, gemeinwohlorientiert zu handeln (Luhmann 1990:333f). Und dieses Problem – der Egoismus selbstreferenzieller Systeme – ist eben Luhmann zufolge – 'politisch' kaum lösbar: Der moderne Staat bzw. das politische System besitzen nicht ohne weiteres die Steuerungsfähigkeit, das Problem der Reflexion in funktional differenzierten Gesellschaften zu lösen.

Luhmann sieht einen Ausweg aus dem „Interdependenz-Independenz-Problem“ lediglich in der „strukturellen Kopplung“ der Teilsysteme untereinander (Luhmann 1990:31; 39-41). Damit meint er das Vermögen von Systemen, über ihre „Programme“, d.h. ihre Verfahren, Regeln und Normen, einen „Resonanz-Boden“ für Störungen aus der Umwelt zu entwickeln und Anpassungsleistungen zu erbringen. Strukturelle Kopplungen zwischen Teilsystemen – also die wechselseitige Beeinflussung und Anpassung über systemimmanente Strukturveränderungen – erfolgen jedoch „ko-evolutionär“, d.h. jedes Teilsystem „(...) paßt seine internen Strukturen den von den anderen Teilsystemen erzeugten Umweltereignissen immer wieder im Hinblick darauf an, die Geordnetheit der eigenen Operationen aufrecht zu erhalten (...)“ (Schi-mank 1996:191).

„Ko-Evolution“ von Systemen über strukturelle Kopplung impliziert eine Gleichzeitigkeit der wechselseitigen Irritationen bzw. Störungen, womit die Frage nach Ursache und Wirkung entfällt; Ko-Evolution stellt für Luhmann kein Kausalverhältnis dar, „Reflexion“ ist somit in Luhmanns Systemtheorie nicht durch ein bestimmtes soziales System, z.B. das politische System, über (politische) Steuerung zu erreichen. Der Steuermann-Topos als Leit- und Vorbild

für die politische Steuerung erscheint aus seiner Perspektive als inakzeptabler Anachronismus.

6.3 Konsequenzen aus der autopoietischen Systemtheorie für die Steuerungsdiskussion in Deutschland.

Die deutsche steuerungstheoretische Diskussion ist seit den 80er Jahren durch differenzierungstheoretische Überlegungen stark beeinflusst worden. Dabei haben sich zwei differenzierungstheoretische Entwicklungsstränge der Steuerungstheorie entfaltet: zum einen eine mehr systemorientierte Variante, die vor allem durch die autopoietische Systemtheorie beeinflusst ist, zum anderen eine mehr akteurorientierten Variante, die den Differenzierungsgedanken beibehält aber versucht „(...) ihn wieder vom Kopf auf die Füße zu stellen, d.h. das menschliche Handeln und die Intentionen der Akteure als die erkenntnistheoretisch primäre analytische Beobachtungseinheit zu konstituieren“ (Lange/Braun 2000:99). Das pessimistische Fazit der Luhmannschen Systemtheorie hinsichtlich der Steuerbarkeit der Gesellschaft wurde sowohl von Vertretern einer akteurstheoretischen Theorietradition als auch von Vertretern des systemtheoretischen Paradigmas kritisch aufgenommen und veranlasste diese, alternative Ansätze zur Lösung der Steuerungsproblematik auszuarbeiten. Die entwickelten Ansätze akzeptieren ausnahmslos, dass funktionale Differenzierung ein Kernprozess gesellschaftlicher Struktur- und Systemdynamik ist und hiermit Konsequenzen für die politische Gesellschaftssteuerung verbunden sind. Der grundsätzliche Gedanke Luhmanns, dass die Steuerbarkeit der Gesellschaft in Zeiten hoher Komplexität und Interdependenz fraglich geworden ist, wird also von allen Ansätzen geteilt. Je nach Standpunkt werden aber unterschiedliche Vorschläge zur Überwindung dieses Basisproblems gemacht. In Anlehnung an eine Klassifikation von Lange/Braun (2000) lassen sich verschiedene Linien der distanzierten Anlehnung an bzw. der kritischen Abkehr von Luhmanns Position unterscheiden: Auf der einen Seite „Häretiker“ innerhalb der Anhängerschaft Luhmanns wie Günther Teubner und Helmut Willke; radikale Kritiker von Luhmanns Differenzierungstheorie auf der Grundlage einer Parsonianischen Systemtheorie wie Richard Münch; Proponenten einer nahe an Maturanas ursprünglichem Autopoiesie-Konzept gelagerten Perspektive wie Axel Görlitz und Ulrich Druwe; auf der anderen Seite vom „akteurtheoretischen Institutionalismus“ ausgehende, empirienah argumentierende Steuerungstheoretiker wie Renate Mayntz und Fritz W. Scharpf; kultursoziologisch und dabei wiederum nicht zuletzt von Parsons inspirierte Luhmann Kritiker wie Mathias Beyerle; und schließlich Vertreter einer Integration von system- und akteurtheoretischer

Vertreter einer Integration von system- und akteurtheoretischer Herangehensweise wie Dietmar Braun und Uwe Schimank (vgl. Lange/Braun 2000:14; darüber hinaus nachfolgende Abbildung 4). Alle Autoren sind sich allerdings darin einig, dass die Luhmannsche Sicht von gesellschaftlichen Teilsystemen ohne Akteure (Organisationen und/oder Individuen) für eine empirisch orientierte Steuerungstheorie ungeeignet ist.

Abbildung 4: Autopoietisch und akteurtheoretisch inspirierte Steuerungskonzeptionen (in Anlehnung an Lange/Braun 2000:100)

	Autopoiesis		Handlungssystem	
Teilsystem als Akteur Organisation als Akteur	Willke Ulrich	} <i>Kontextsteuerung</i>	Max-Planck-Institut für Gesellschafts- forschung (Mayntz/Scharpf),	} Politik- netzwerke
Individuum als Akteur	Görlitz		mediale Steuerung	

Im Mittelpunkt der meisten Ansätze steht die Frage, wie man Teilsysteme bzw. Organisationen als deren „funktionale Repräsentanten“ in einen institutionellen Zusammenhang einbeziehen kann, der dazu dient, Reflexion zu entwickeln. An dieser zentralen Fragestellung der systemtheoretisch inspirierten Steuerungstheorie setzen sowohl das Modell der 'Kontextsteuerung' an, als auch die Idee einer Steuerung durch dauerhaft institutionalisierte Interaktionen zwischen Teilsystemen ('Policy-Netzwerke'). Beider theoretischen Konstrukten ist die Vorstellung gemeinsam, dass die Politik nicht als Steuerungssubjekt von außen und souverän die Probleme der Teilsysteme lösen, sondern dies nur über Netzwerke und Kooperationszusammenhänge versuchen kann. Im Anschluss werden diese Ansätze mit Blick auf ihre Anwendung als Interpretationsrahmen der betrachteten „Ortsnahen Koordinierungs-Strategie“ einer näheren Betrachtung unterzogen.

6.3.1 'Weiche Steuerung' mittels 'Kontextsteuerung' in Netzwerken autonomer Akteure

Vom Interdependenz-Independenz-Problem funktionaler Teilsysteme ausgehend entwickeln Teubner/Willke (1984) das Konzept der (dezentralen) 'Kontextsteuerung', an das später auch Ulrich (1994) anschließt. Wie Luhmann selbst zweifeln die Autoren an Sinn und Zweck politisch-hierarchischer Steuerung. Gegen Luhmann wenden die Autoren jedoch ein, dass Evolu-

tion allein kaum zum Überleben der heute durch steigende Komplexität und fehlende Abstimmung gefährdeten modernen Gesellschaften genügt. Nach ihrer Überzeugung ist eine bewusste Gestaltung der 'sozialen Evolution' unerlässlich und diese Funktion obliegt dem politischen System. Denn wenn die verschiedenen gesellschaftlichen Teilsysteme nicht von sich aus zu einer Korrektur ihrer jeweiligen „Maximierungsstrategien“ (Ulrich 1994:163) imstande sind, muss die Politik eingreifen, um die Teilsysteme „auf den richtigen Weg“ zu bringen und deren Aktivitäten miteinander zu koordinieren (ebenda). Gleichwohl ist das Konzept der 'Kontextsteuerung' nicht als Rückkehr zum Interventionsstaat zu verstehen, im Gegenteil: Politik muss den Bedingungen funktional differenzierter Gesellschaften angepasst sein. Deshalb zielt politische Intervention im Sinne der Kontextsteuerung auch nicht auf eine präzise Steuerung systemischer Operationen, sondern versucht – unter Respektierung der Autonomie der Teilsysteme – deren „Problemlösungs- oder Problemmanagementverhalten zu stimulieren“ (Willke 1992:135). Das politische System kann sich dabei der Möglichkeit zur Reflexion von Teilsystemen bedienen und diese zu steigern versuchen. Hierzu gibt es hauptsächlich zwei Möglichkeiten. Die eine besteht darin, über eine Variation von Kontextvorgaben eine begrenzte, direkte Beeinflussung der 'Programme' der Teilsysteme zu realisieren (Teubner und Willke sprechen hier von 'direktiver Kontextsteuerung')⁴⁷, die andere, anspruchsvollere Strategie besteht darin, die Interaktionsbedingungen der Teilsysteme zu gestalten ('dezentrale Kontextsteuerung'):

„Die interdependenzgesteuerte Interaktion aller betroffenen Akteure mit dem Ziel wechselseitige Transparenz zu erreichen bildet den Schlüssel für reflexive und dynamische Anpassung moderner Gesellschaften an neue Herausforderungen. Die Anpassungsleistung muss dann aber von den autonomen Teilsystemen selbst kommen. Wenn politische Steuerung erfolgt, findet sie über die Beeinflussung des Interaktionssystems statt. Hier wird die Politik zum Supervisor und Organisator“ (Lange/Braun 2000:145).

In dieser Funktion obliegt der Politik die Organisation und Institutionalisierung von intersystemischen bzw. interorganisatorischen Diskursen und Kooperationsformen, die auf eine Steigerung der systemischen Selbstreflexion hinwirken. In ein Netzwerk intersystemischer Beziehungen eingespannt, können sich die verschiedenen Subsysteme besser ihrer wechselseitigen Abhängigkeiten klar werden und ihre Programme und Strukturen entsprechend den systeminternen Rationalitätskriterien überprüfen und korrigieren (vgl. Willke 1989:137).

⁴⁷ Diese Form der Intervention lässt sich einer Steuerungsstrategie zuordnen, welche in Anerkennung der operativen Geschlossenheit sozialer Systeme versucht, mit den Mitteln von Recht und Geld auf die Programme dieser Systeme einzuwirken. So wird z.B. das Recht als Steuerungsinstrument eingesetzt, um die verschiedenen Teilsysteme durch Strukturvorgaben – etwa bestimmte Grenzwerte für Emissionen – oder Haftungs Vorschriften auf die Beachtung umweltpolitischer Standards zu verpflichten (vgl. Ulrich 1994:165).

In diesem Zusammenhang ergänzt Hesse (1987), dass der Politik neben der Organisationsfunktion weiterhin eine wichtige „Orientierungs- und Vermittlungsfunktion“ (Hesse 1987:72) zukommt. In seiner Orientierungsfunktion hat die Politik die Aufgabe, auf drängende Probleme und Risiken hinzuweisen und Lösungsstrategien vorzuschlagen. Darüber hinaus beinhaltet die Wahrnehmung einer Vermittlungsfunktion die Notwendigkeit, für Beratungsleistungen, für Überzeugungsarbeit und für Bergaining-Prozesse zwischen den beteiligten Akteuren zu sorgen (ebenda). Die Erfüllung dieser Funktionen soll die Motivation und die Kooperationsbereitschaft der interagierenden Systeme und ihrer Organisationen steigern. Präzisierend ergänzt Ulrich (1994) hierzu:

„Soziale Diskurse und Verhandlungssysteme setzen (...) nicht bloß (...) Infrastrukturleistungen voraus, sondern erfordern offenbar auch bestimmte 'motivationale' und 'kognitive' Strukturen auf Seiten der gesellschaftlichen Systeme und Akteure. Eine Teilnahme an intersystemischen Diskursen ist zunächst einmal nur dann zu erwarten, wenn das jeweilige Teilsystem mit Problemen konfrontiert wird, die eine Veränderung der Bedingungen und Formen seiner Selbststeuerung erzwingen. Damit kann dann auch die Einsicht wachsen, dass Integrations- und Abstimmungsprozesse die Möglichkeit eines Positiv-Summen-Spiels eröffnen, d.h. die Funktions- und Leistungsfähigkeit aller beteiligten Subsysteme verbessern“ (Ulrich 1994:169).

Der hier zitierte Günter Ulrich übernimmt im Wesentlichen die Vorstellungen der (dezentralen) Kontextsteuerung, er bemängelt jedoch die „Vermischung von System- und Akteurebene“ bei Willke (1983) bzw. Teubner/Willke (1984)⁴⁸. Seines Erachtens lässt sich dezentrale Kontextsteuerung nur verstehen, wenn man die Ebene der gesellschaftlichen Teilsysteme von der Ebene der Organisationen unterscheidet (ebenda:173), womit er im wesentlichen der Kritik der akteurtheoretischen Differenzierungstheorie Recht gibt: Für Ulrich sind Organisationen als soziale Systeme mit einer besonderen Art der Kommunikation hauptsächlich aufgrund ihrer 'Multilingualität' der Schlüssel für das reflexive Verhalten von Teilsystemen. Ohne Organisationen besitzen Teilsysteme keine „Sensoren“ und Fähigkeiten, in Kontakt mit anderen Teilsystemen zu treten. Der Schlüsselgedanke ist hier, dass Organisationen zwar als „funktionale Repräsentanten“ einem bestimmten Code und der Logik eines bestimmten Teilsystems unterliegen, dass sie aber nicht nur und ausschließlich diesen Code und diese Logik verstehen. Weil Organisationen Fremdreferenz innerhalb ihrer eigenen Strukturen einbauen

⁴⁸ Dieser Vorwurf ist insbesondere an Willke gerichtet, der Ulrichs Meinung nach an verschiedenen Stellen seiner Argumentation von der „Handlungsfähigkeit“ gesellschaftlicher Teilsysteme ausgeht. „Teilsysteme erscheinen bei ihm vielfach als kollektive Akteure, die über Interaktionsbeziehungen verbunden und relationiert sind; dementsprechend können ihnen auch akteurtypische Motive, Interessen und Strategien zugeschrieben werden. Im Endeffekt fallen intersystemische und interorganisatorische Beziehungen zu einer theoretisch undifferenzierten Einheit zusammen, die keine instruktive empirische Analyse mehr erlaubt“ (Ulrich 1994:172).

können, verstehen sie z.B. die Sprache der Wirtschaft, die wiederum der Politik geläufig ist⁴⁹ (vgl. Ulrich 1994:74). Bereits über die Sprache der Wirtschaft lässt sich Ulrich zufolge intersystemisch Kommunikation herstellen. Die Organisationen sind hier die Träger der Kommunikation und damit die Akteure, die die Reflexion der Teilsysteme fördern können. Sie stellen folglich den Angriffspunkt politischer Steuerung dar, deren Bemühungen sich auf die Einflussnahme der Interaktionsbeziehungen von Organisationen konzentrieren sollte.

Zur Illustration seines Konzepts einer Kontextsteuerung über Organisationen führt er das Beispiel von Verbänden an, denen in Deutschland als intermediäre Organisationen gerade im deutschen Gesundheitswesen eine zentrale Rolle zukommt:

„Die Verbände (...) fungieren als intermediäre Organisationen und damit als 'binding links' zwischen den Teilsystemen: Ihre Funktion besteht nicht zuletzt darin, die Eigenlogik ihres eigenen Teilsystems zu übersetzen und umgekehrt deren Logik für die eigene Klientel verständlich zu machen. Es ist die multilinguale Kommunikationskompetenz dieser Organisationen (...), die es ihnen in den Konferenzen erlaubt, über ihre systemspezifische Funktionslogik hinauszublicken und ein besseres Verständnis anderer Funktionssysteme zu entwickeln“ (Ulrich 1994:177).

Mit der skizzierten Konzeptualisierung von 'Kontextsteuerung' nach Ulrich lässt sich die autopoietische Steuerungstheorie praktisch nahtlos an die akteurtheoretische, politikwissenschaftliche Steuerungsdiskussion über Netzwerke und korporatistische Verhandlungssysteme anschließen. Zumindest empirisch ist es dann möglich, intersystemische bzw. interorganisatorische Interaktionen in Form von Netzwerken sowohl aus der Sicht der Systemtheorie als auch aus akteurtheoretischer Sicht zu beobachten und zu analysieren.

Allerdings darf man dabei wichtige konzeptionelle Unterschiede zwischen diesen Theorierichtungen nicht übersehen. So betrachtet die Akteurtheorie Teilsysteme nicht wie die Systemtheorie als Kommunikationssysteme, sondern als Handlungssysteme. Solche Handlungssysteme besitzen einen jeweils spezifischen „Gebildecharakter“, der „(...) in vieler Hinsicht sogar wichtiger sein [könnte] als die Eigenart des Kriteriums, durch das sie sich voneinander unterscheiden“ (Mayntz 1988 zitiert nach Lange/Braun 2000:127). Mit der Fokussierung des „Gebildecharakters“ bzw. der „Binnenstruktur“ der Teilsysteme richtet sich das Erkenntnisinteresse der Akteurtheorie auf die konkret handelnden Individuen (Beyerle 1994) oder kollektiven Akteure (Mayntz /Scharpf (Hrsg.) 1995; Schimank 1996) und den zwischen ihnen bestehenden Beziehungen. Sie fragt nach den unterschiedlichen Typen von Organisationen (als

⁴⁹ Eine Schlüsselrolle in diesem Zusammenhang spielt für Ulrich das Medium „Geld“, denn nur damit können sich Organisationen selbst reproduzieren. Das Medium Geld stehe häufig gerade der Politik zur Verfügung, die somit einen Schlüssel zur Beeinflussung von Organisationen besitze, indem sie die Verweigerung von finanziellen Mitteln oder durch selektiven Anreiz mit Hilfe von Geld versucht, Organisationen anzuleiten (ebenda).

orporative Akteure), nach ihrer Übereinstimmung oder Diskrepanz zum jeweiligen Handlungssinn und nach den konflikthafter Konstellationen dieser Organisationen in Teilsystemen (vgl. Lange/Braun 2000:127). Damit erreicht sie jenen Anschluss für empirische bzw. empirienahe Forschung und Analyse, den die Systemtheorie Luhmanns sowie Willkes Konzeption von „Kontextsteuerung“ wegen der fehlenden Thematisierung des Verhältnisses Teilsystem/Organisation vermissen lässt (vgl. Ulrich 1994:172).

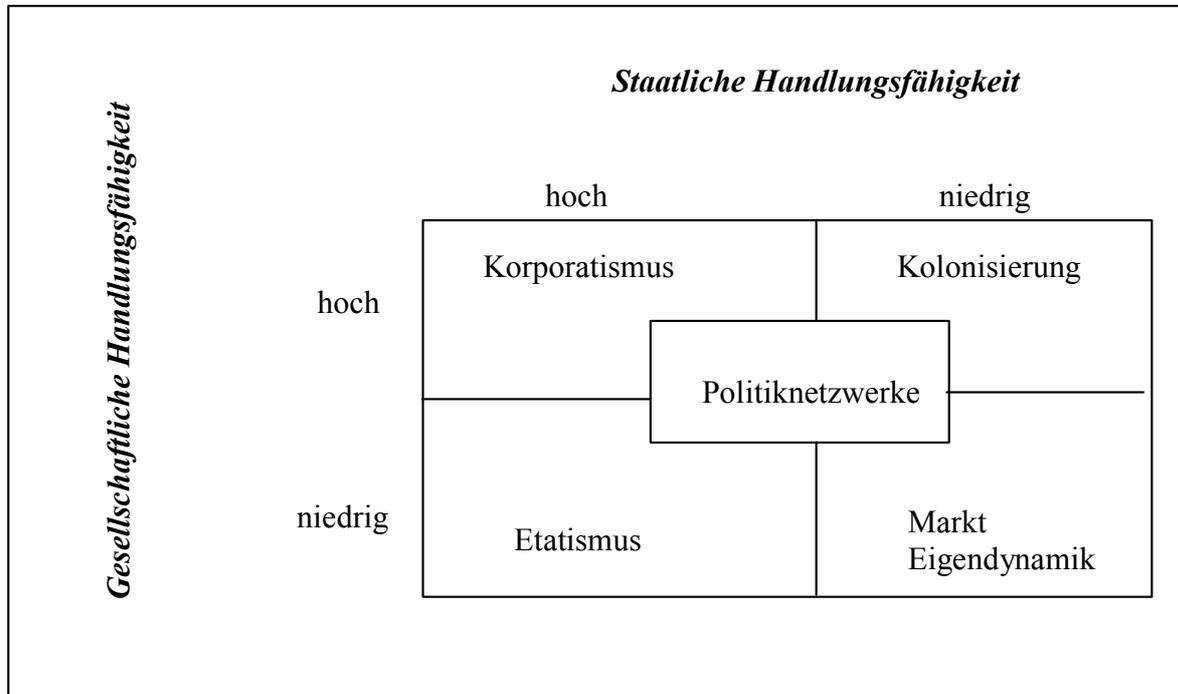
Wie die systemtheoretische Perspektive betont auch die Akteurtheorie die Bedeutung von 'struktureller Kopplung'⁵⁰ zwischen Politik und Teilsystem(en) für die politische Steuerung, allerdings zeichnet sich die akteurtheoretische Analyse durch eine weniger orthodoxe und dafür pragmatischere Betrachtungsweise aus. So sehen Mayntz/Scharpf (1995) und andere Mitarbeiter des Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung in Bezug auf die Formen politischer Steuerung „keine Einbahnstraße, die zur Selbstorganisation bzw. Selbststeuerung führen müsste, wie dies die Systemtheorie tut“ (Lange/Braun 2000:156). Die Sichtweise ist hier eine andere: Während Willke und Ulrich grundsätzlich von der Gleichwertigkeit und Gleichrangigkeit aller Akteure in strukturellen Kopplungen zwischen politischem System und anderen Teilsystemen ausgehen, berücksichtigen Mayntz und Scharpf die unterschiedliche „Handlungsfähigkeit“ der in derartigen Konstellationen beteiligten Akteure (Mayntz/Scharpf (Hrsg.) 1995:24). Die Implikationen der Dimension „Handlungsfähigkeit“ für die Analyse der Möglichkeiten politischer Steuerung in funktional differenzierten Gesellschaften werden von Lange/Braun (2000) treffend auf den Punkt gebracht:

“Sowohl die staatliche Seite als auch die Seite der Teilsysteme besteht nicht aus einem einheitlichen Akteur, sondern aus einer Reihe von Akteuren. Die Handlungsfähigkeit staatlicher Akteure und teilsystemischer Akteure besteht darin, die eigenen Handlungsressourcen [und Machtressourcen, P.Z.] koordiniert einsetzen zu können. Auf diese Weise lassen sich die sekt-

⁵⁰ Mayntz/Scharpf (1995) ziehen es allerdings vor, nicht von 'struktureller Kopplung' zu sprechen, sondern von einer 'Regelungsstruktur', die die 'Leistungsstruktur' der ausdifferenzierten gesellschaftlichen Bereiche beeinflussen soll. Während zur Leistungsstruktur alle Einrichtungen zählen, die unmittelbar der Erbringung der Leistungen eines Sektors bzw. Teilsystems dienen, zählen zur Regelungsstruktur alle politischen und gesellschaftlichen Akteure (z.B. Verbände), die in irgendeiner Weise an der Regelung der betreffenden Leistungsstruktur teilnehmen (vgl. Mayntz/Scharpf (Hrsg.) 1995:16f). Die Regelungsstruktur beeinflusst die Leistungsstruktur, die wiederum Auswirkungen auf die tatsächliche Leistungserbringung funktionaler Teilsysteme besitzt. Der wichtigste Punkt, der dieses Konzept mit der autopoietischen Theorie verbindet ist der Versuch, mit dem Begriff der *Regelungsstruktur* den herkömmlichen Steuerbegriff zwar nicht aufzugeben, ihn aber um die immer wichtiger werdende Dimension der 'Selbstorganisation' zu erweitern. Mit dem Begriff der Selbstorganisation wird dem Umstand Rechnung getragen, dass Leistungen in funktional differenzierten Gesellschaften eben nicht allein von Markt und Staat erbracht werden, sondern in vielerlei Hinsicht von Organisationen und Organisationsverbänden innerhalb der Leistungssektoren, und dass der Staat hiervon letztlich profitiert (vgl. Lange/Braun 2000:155f). So funktioniert das deutsche Gesundheitswesen beispielsweise, überwiegend in der Form von Selbstorganisation bzw. Selbststeuerung, auch wenn es immer wieder zu direkten politischen Regelungen bzw. Interventionen (z.B. die Budgetierung) kommt (vgl. Döhler/Manow 1997). Die auf Zwangsmitgliedschaft der Kassenärzte gestützten kassenärztlichen Vereinigungen sind nur eines von vielen Beispielen von Selbstorganisation bzw. Selbststeuerung im Gesundheitswesen.

oralen Regelungsstrukturen nach zwei Dimensionen abbilden, nämlich ob die teilsystemischen Akteure in der Lage sind, ihre Handlungsressourcen koordiniert einzusetzen und ob die staatlichen Akteure in der Lage sind, dies ebenfalls zu tun“ (Lange/Braun 2000:157; vgl. hierzu auch Abbildung 5).

Abbildung 5: Varianten sektoraler Regelungsstrukturen



Quelle: Mayntz/Scharpf (Hrsg.) 1995:25

Auf der Grundlage dieser differenzierten Betrachtung der Handlungsfähigkeit politischer und gesellschaftlicher Akteure kann sich strukturelle Kopplung zwischen politischem System und anderen Teilsystemen auf Grund unterschiedlicher Regelungsstrategien vollziehen. Mayntz/Scharpf (1995) unterscheiden hier zwischen vier Hauptstrategien (Markt/Eigendynamik, Korporatismus, Kolonisierung, Etatismus)⁵¹ und Politiknetzwerken, als eine Form sui generis, die in den von ihnen untersuchten staatsnahen Sektoren⁵² eine besondere Rolle spielt:

⁵¹ 'Markt/Eigendynamik' stellt den Extremtyp der weitgehenden Abwesenheit von regulierenden Interventionen sowohl seitens der staatlichen Politik als auch der gesellschaftlichen Selbstorganisation dar (Mayntz/Scharpf (Hrsg.) 1995:24). Der Typ 'Korporatismus' wird durch gleichermaßen hohe Handlungsfähigkeit der staatlichen und der gesellschaftlichen Regelungsinstanzen und durch das abgestimmte Zusammenwirken zwischen beiden charakterisiert (ebenda). Das Resultat einer solchen Konstellation ist eine gemeinsame Abstimmung in Bezug auf den Leistungsbereich oder aber eine Blockade der Verhandlungen (vg. Lange/Braun 2000:157). 'Kolonisierung' entspricht einer Konstellation, bei der die nichtstaatlichen Organisationen ihre Belange wesentlich besser aufeinander abstimmen als die staatlichen Organisationen und geschlossen auftreten können. In diesem Fall fallen politische Entscheidungen kaum gegen die Interessen der gesellschaftlichen Organisationen. 'Etatismus' zeigt das andere Extrem. Hier greift der Staat direktiv und tonangebend auf Grund der Koordinationsschwäche der gesellschaftlichen Organisationen ein (Mayntz/Scharpf (Hrsg.) 1995:24).

⁵² Als 'staatsnahe Sektoren' bezeichnen die Autoren gesellschaftliche Funktionsbereiche, die nicht zum Kernbestand der hoheitlichen Staatsfunktionen gehören, für die der Staat aber dennoch ein Maß an Verantwort-

„Das typische Verhältnis zwischen staatlicher Politik und gesellschaftlicher Selbstorganisation entspricht in Deutschland im allgemeinen und in 'staatsnahen Sektoren' im besonderen am häufigsten der Konstellation, die wir hier als 'Politiknetzwerk' bezeichnen. Hier sind sowohl auf seiten des politisch-administrativen Systems als auch auf seiten der gesellschaftlichen Selbstorganisation mehrere interaktiv verbundene Akteure mit jeweils eigenen Handlungsorientierungen und Handlungsressourcen an der Hervorbringung effektiver Regelungen beteiligt“ (Mayntz/Scharpf (Hrsg.) 1995:26).⁵³

Charakteristisch für Policy-Netzwerke ist eine überwiegend informelle Interaktion zwischen Akteuren, meist Organisationen oder Einzelpersonen (als Mitglieder von Organisationen) mit unterschiedlichen, aber wechselseitig abhängigen Interessen, deren Anliegen darin liegt, ein gemeinsames Handlungsproblem auf einer dezentralen, nicht hierarchischen Ebene zu bearbeiten (Görlitz 1995:56f).

Die Bedeutungszunahme von Policy-Netzwerken bei der Suche neuer Lösungen sowie bei der Steuerung gesellschaftlicher (Fehl-)Entwicklungen hat aus der Sicht der Steuerungstheorie zwei wichtige Implikationen: Es ist ein Zeichen für einen überforderten bzw. „schwachen“ Staat aber es zeigt auch „(...) Sensibilität für die erhöhte Komplexität politischer Herrschaft und für zunehmende Konsensbedürfnisse in modernen demokratischen Gesellschaften“ (Mayntz/Scharpf (Hrsg.) 1995:41).

Darüber hinaus stehen Policy-Netzwerke im Zentrum einer umfassenden ordnungspolitischen Debatte um die Reorganisation öffentlicher Aufgaben und deren Gewährleistung. In diesem Kontext werden Policy-Netzwerke auch als neue „Vermittlerstrukturen“ bzw. als „Schmiermittel“ eines „aktivierenden Staates“⁵⁴ gewertet.

„(...) Die Schaffung von Netzwerken und die Inszenierung interorganisatorischer Zusammenarbeit muß (...) als eine Form der Aktivierung gesellschaftlicher Akteure verstanden werden, in der deren Selbstorganisation gezielt für staatliche Zwecksetzungen vereinnahmt werden soll. Netzwerke werden häufig durch das Interesse politisch-administrativer Instanzen (auf Länder- und kommunaler Ebene) initiiert, um durch das Zusammenwirken verschiedener in

tung übernommen hat, das zwar weitergeht als die ordnungspolitische, konjunkturpolitische und strukturpolitische Verantwortung des Staates für die Leistungsfähigkeit marktwirtschaftlich verfasster Sektoren, aber weniger weit geht als die unmittelbare Leistungserbringung durch den der politischen Verantwortung hierarchisch unterstellten und aus dem allgemeinen Steueraufkommen finanzierten Staatsapparat (vgl. Mayntz/Scharpf (Hrsg.) 1995:14).

⁵³ In der Tat lassen sich für die Bundesrepublik in praktisch allen Politikfeldern, die sich durch enge Verflechtung zwischen Staat und Gesellschaft auszeichnen intermediäre vernetzte Strukturen und Organisationen nachweisen. „Netzwerke (...) wurden in Untersuchungen zur Wirtschafts-, Arbeits-, Gesundheits- Forschungs- und Telekommunikationspolitik nachgewiesen. Dabei sind sie sowohl in der Phase der Politikformulierung (Gesetzgebung, Programmentwicklung) als auch im Politikvollzug relevant (vgl. Benz 1997).

⁵⁴ Unter dem „aktivierenden Staat“ wird ein Staat verstanden, der zwar an einer umfassenden öffentlichen Verantwortung für gesellschaftliche Aufgaben festhält, jedoch nicht alle Leistungen selbst erbringen muss bzw. will. Seine Aufgabe ist es vielmehr, die Gesellschaft einschließlich der Beschäftigten des öffentlichen Dienstes zu aktivieren, zu fordern und zu fördern, sich selbst als Problemlöser zu engagieren. „Dieser Staat ist keineswegs ein Minimalstaat, der nur dort tätig wird, wo die Gesellschaft dies fordert, sondern im Gegenteil, der aktivierende Staat tritt der Gesellschaft und ihren Individuen fordernd und fördernd gegenüber“ (Bandemer v. et al. (Hrsg.) 1998:29).

einem Politikfeld tätiger Organisationen Synergieeffekte zu erzeugen, also Probleme als kooperative Gemeinschaftsaufgaben zu identifizieren und zu bearbeiten. Zugleich sollen hierdurch Multiplikatoreffekte gegenüber Dritten erzeugt werden, die animiert werden sollen, staatliche bzw. administrative Sektorpolitiken auf lokaler Ebene zu koordinieren ('Koordination von unten'). Konzeptionell sollen Netzwerke also eine Scharnierfunktion der horizontalen Koordination lokaler Akteure und der vertikalen Koordination zwischen dem politisch-administrativen System und gesellschaftlichen Interessen und Organisationen übernehmen“ (Wohlfahrt 2000: 81f).

Die hier angesprochenen Funktionen netzwerkartiger Strukturen zur Steuerung und Koordination gesellschaftlicher Entwicklungen analysiert der zitierte Autor im Hinblick auf seinen Beitrag für eine Verwaltungsmodernisierung in Deutschland und leitet dabei eine Reihe weiterer allgemeine Merkmalen ab, die Netzwerke als adäquate Form einer weichen Steuerung funktional differenzierten Gesellschaften auszeichnen. Demzufolge können Netzwerke u.a.:

- die zeitliche Vermittlung von Entscheidungen zwischen staatlichen und gesellschaftlichen Akteuren beschleunigen und damit zur Entlastung zunehmend überlasteter Politikarenen beitragen;
- die vorhandene horizontale Politikverflechtung über die Einbindung lokaler Interessen (beispielsweise in Form von Regionalkonferenzen⁵⁵, Gesundheitskonferenzen u.ä.) ergänzen;
- über Prozesse diskursiver Auseinandersetzung dazu führen, dass die Standpunkte der beteiligten Akteure sich einander annähern. Sie können darüber hinaus tradierte Denkmuster aufbrechen und neue Ideen hervorbringen (Reflexion!), die in veränderten kollektiven Handlungen münden (können) (vgl. Wohlfahrt 2000:72f).

Die Existenz und das starke Aufkommen kooperativer und vernetzter Verhandlungsstrukturen wird in der Steuerungstheorie als empirischer Beleg für die Steuerungskrise des Sozialstaates bewertet, der sich angesichts seiner begrenzten und – wie die Erfahrungen im deutschen Gesundheitswesen zeigen – wenig aussichtsreichen Steuerungsmöglichkeiten in „staatsnahen Sektoren“ immer mehr als Anreger, Moderator und 'steuernder Partner' versteht:

„Die Unterstützung von Selbstorganisation, das Aushandeln von Problemlösungen, die Konsensbildung durch Verhandlungssysteme gelten dabei als moderne Steuerungsformen, die sich in ihrem Anspruch auf gesamtgesellschaftliche Verhaltensbindung zurücknehmen und sich darauf konzentrieren zu unterstützen, zu moderieren und zu inszenieren. Netzwerke als moderne Formen „loser Verkoppelung“ gesellschaftlich autonomer Organisationsinteressen und Handlungsstrukturen korrespondieren damit mit einem (Selbst-)Verständnis des politisch-administrativen Systems als situative Problemlösungen und horizontale Kooperation unterstützender „Kontextsteuerung“ (Wohlfahrt 2000:74).

⁵⁵ Vgl. Ulrich 1994: 171ff

6.3.2 *Fazit und Ableitung steuerungstheoretischer Prämissen für die weitere Analyse*

Im Mittelpunkt der betrachteten Steuerungskonzeptionen steht die Frage, wie man Teilsysteme (bei Willke) bzw. Organisationen (bei Ulrich sowie Mayntz/Scharpf) in einen institutionellen Zusammenhang einbeziehen kann, der dazu dient, „Reflexion“ und „Selbststeuerung“ unter Berücksichtigung politischer Zielsetzungen und Vorstellungen zu entwickeln. Trotz der unterschiedlichen theoretischen Herkunft der Ansätze und der damit verbundenen konzeptionellen Unterschiede weisen sie eine Reihe gemeinsamer, sich ergänzender Vorstellungen auf, die bei der Analyse und theoretischen Verortung aktueller Steuerungsansätze im Gesundheitswesen und in anderen staatsnahen Sektoren herangezogen werden können. Diese können wie folgt zusammengefasst werden:

Politische Steuerung kann nur über die Beeinflussung der Interaktion zwischen Teilsystemen bzw. ihrer jeweiligen Repräsentanten in Form 'dezentraler Kontextsteuerung' stattfinden. Ziel ist dabei die Anregung von Selbststeuerung und Selbstorganisation der betreffenden Akteure im Sinne der politischen Intentionen. Der Gedanke der 'Selbststeuerung' steht in beiden Ansätzen im Mittelpunkt aller Überlegungen. Aus der Sicht der autopoietischen Theorien ist Selbststeuerung die unerlässliche Voraussetzung für ein erfolgreiches Funktionieren von Gesellschaft. Die Akteurtheoretiker verweisen auf die enormen Effizienzgewinne, die durch Selbstorganisation und -steuerung entstehen können. Allerdings sind sich beide Traditionen darin einig, dass Selbststeuerung nur unter bestimmten Rahmenbedingungen funktionieren kann:

- Aus der Sicht der autopoietischen Theorie nämlich nur dann, wenn die Teilsysteme reflexiv verfahren können. Bedingung dafür sind „Erziehungsprogramme“ (Willke 1989:121) und Investitionen in reflexive Institutionen einerseits, sowie strukturelle Kopplung mit anderen Systemen andererseits; aus der Sicht der Akteurtheorie funktionieren solche Selbstorganisationsprozesse selten ohne komplementäre (auch directive, hierarchische) staatliche Interventionen und Maßnahmen⁵⁶ (vgl. Lange/Braun 2000:169).

⁵⁶ Aus der Sicht der Akteurtheoretiker kann nicht die Rede davon sein, dass der Staat hierarchische Steuerungsmittel gänzlich aufgeben hätte oder aufgeben sollte. Hierarchische Intervention kommt vor und ist in mancherlei Hinsicht, nämlich als „Rute im Fenster“ (Lange/Braun 2000:168) auch im kooperativen Staat notwendig. Diese Erkenntnis wird aus den Untersuchungen zu den Regelungsstrukturen am Max-Planck Institut für Gesellschaftsforschung in Köln gezogen (Mayntz/Scharpf (Hrsg.) 1995:26).

- Die Interaktionsbedingungen der Teilsysteme bzw. ihrer funktionalen Repräsentanten sind so zu gestalten, dass Transparenz in dem betreffenden Leistungssektor gesteigert und das Reflexionsvermögen der tangierten Akteure gefördert bzw. stimuliert werden.
- Anregung zur Selbststeuerung als eine Art von „weicher Steuerung“ spricht der Politik die Rolle des Initiators, Organisators und Vermittlers zu. In dieser Rolle obliegt dem politischen System insbesondere die Organisation und Institutionalisierung von Interaktionen zwischen den Akteuren eines Leistungssektors (Bildung, Gesundheit, Soziales etc.) in Form von Netzwerken. In ein Netzwerk intersystemischen Beziehungen eingespannt können sich die verschiedenen Teilsysteme bzw. ihre funktionalen Repräsentanten besser über ihre wechselseitigen Abhängigkeiten klar werden und ihre Programme und Strukturen entsprechend den systeminternen Rationalitätskriterien überprüfen und korrigieren (Willke 1989:137).

Die 'Ortsnahe Koordinierung' und ihre Koordinations- und Kooperationsstrukturen lassen sich nun im Lichte dieser steuerungstheoretischen Prämissen einer (Re-)Interpretation und Analyse unterziehen.

6.4 Der 'Runde Tisch' als organisatorischer Nukleus eines ortsnahen *Politik-Netzwerks* zur Verbesserung der Koordination und Kooperation im Gesundheitssystem

Wie die obigen Ausführungen gezeigt haben, vollzog sich im Kontext der Steuerungstheorie ein Paradigmenwechsel, der auch empirisch am Trend zur 'kontextuellen Intervention' insbesondere in staatsnahen Sektoren bestätigt werden kann. In der Diskussion über die Möglichkeiten, der Gesellschaft die nötigen organisatorischen, materiellen und informationellen Ressourcen zur Selbststeuerung bereitzustellen, gipfeln heute die meisten Debatten über politische Steuerung.

Dieser Paradigmenwechsel manifestiert sich auf gesamtgesellschaftlicher Ebene in Form einer „Philosophie der Autonomie dezentraler staatlicher Einheiten“, (Lange/Braun 2000:171), die in vielen Punkten mit den oben diskutierten steuerungstheoretischen Prämissen übereinstimmt. Dieser Philosophie entspricht z.B. der Trend zu neoliberalen Ansätzen und damit zu Privatisierung und Deregulierung in den meisten Industriegesellschaften ebenso wie die in vielen Ländern anzutreffenden Bestrebungen zum 'New Public Management' (Damkow-

ski/Precht 1995; Wohlfahrt 2000). Die zunehmende Abkehr von zentralstaatlichen Steuerungskonzepten spiegelt sich aber auch in den Diskussionen über eine stärkere Regionalisierung bzw. Kommunalisierung in den meisten europäischen Staaten wieder, u.a. auch in Bezug auf die Gesundheitspolitik und -planung. So lässt sich – laut Regionalbüro für Europa der WHO – in allen Staaten der Trend zu mehr Dezentralisierung bzw. Kommunalisierung im Gesundheitswesen konstatieren (vgl. WHO (Hrsg.)1996:11). Eine solche Strategie gilt als wirksames Mittel zur Effektivitäts- und Effizienzverbesserung auf den Ebenen der Planung und der Leistungserbringung, zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten Ressourcenallokation und zur Beteiligung der Bevölkerung an Entscheidungen, die die gesundheitliche Versorgung vor Ort betreffen (vgl. hierzu auch Badura et al. 2001:303; Kühn 2001; Clade 2001).

Das Land Nordrhein-Westfalen trug mit dem Modellprojekt „Ortsnahe Koordinierung“ diesem Trend zur Dezentralisierung bzw. Kommunalisierung insofern Rechnung, als es die Kommunen als die Interventionsebene wählte, auf der mit der Errichtung von dezentralen Netzwerkstrukturen Einfluss auf die zentralen Akteure des Gesundheitssystems im Sinne einer Kontextsteuerung ausgeübt werden sollte (vgl. Badura/Zamora 2000:189).

In seiner Rolle als Initiator, Organisator und Anreger von Selbststeuerung stellte das politische System sowohl Fördermittel als auch logistisch-konzeptionelle Hilfestellung zur Verfügung. Damit sollten in der Anfangsphase des Projekts die organisatorischen Rahmenbedingungen für eine Verbesserung der Interaktionsbedingungen, zur Förderung der Transparenz im lokalen Gesundheitswesen und zur Anleitung von Reflexionsprozessen bei den beteiligten Akteuren geschaffen werden.

So wurden zu Beginn des Modellprojekts Runde Tische eingerichtet, welche einen Raum für die – im Sinne der Projektziele – erforderliche Kommunikation, Koordination und Kooperation bieten sollten. Diese Gremien bildeten somit jeweils den Kern eines lokalen Policy-Netzwerks zur ortsnahen Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung, zu dem alle Mitglieder der Runden Tische und ihrer Arbeitsgruppen sowie die Mitarbeiter der eingerichteten Geschäftsstellen gehörten (vgl. Teil A, Abbildung 2, Seite 62 in diesem Kapitel).

Mit der Errichtung dieser Policy-Netzwerke trug die Landesgesundheitspolitik den theoretischen Prämissen einer 'weichen Steuerung' durch den Versuch einer Steigerung der „systemischen Selbstreflexion“ Rechnung: Intendiert war nicht eine direkte Einflussnahme der Netzwerkakteure, sondern deren Anregung zur Selbststeuerung im Sinne der Projektzielsetzung.

Mittels 'Kontextsteuerung' erhoffte sich die Politik also eine Rückwirkung auf das Planungs- und Kooperationsverhalten sowie die Handlungslogik der entsendenden Organisationen bzw. Teilsysteme.

Intervenierte wurde zum einen über die Gestaltung der Interaktionsbedingungen der Organisationsvertreter an den Runden Tischen und den Arbeitsgruppen, zum anderen über die Vermittlung von Beratungsleistungen durch die Akteure des Interventionssystems, über die Moderation von Abstimmungsprozessen zwischen verschiedenen Entscheidungsebenen und über Überzeugungsarbeit im Sinne der Projektziele, die insbesondere auf die Geschäftsstellenleiter gerichtet war.

Die Gestaltung der Interaktions- und Arbeitsbedingungen durch die Politik und ihrer Interventionsinstrumente bedarf wegen ihrer Bedeutung für die Erreichung der Projektziele besondere Aufmerksamkeit. Hierbei muss differenziert werden zwischen der Vorgabe von Richtlinien und Prinzipien zur Formalisierung der Kommunikations- und Abstimmungsprozesse innerhalb des Netzwerks (6.4.1) und der Vorgabe eines Handlungsmodells zur Systematisierung der Planungs- und Entscheidungsprozesse am Runden Tisch bzw. in den Arbeitsgruppen im Hinblick auf die Etablierung eines kommunalen Gesundheitsmanagements (6.4.2). Diese Gestaltungsbereiche werden anschließend näher betrachtet, wobei das Augenmerk – entsprechend der Fragestellung der vorliegenden Analyse – insbesondere der Vorgaben zur Ausgestaltung des Gesundheitsmanagementprozesses gilt.

6.4.1 Richtlinien und Prinzipien zur 'Formalisierung' der Kommunikations- und Abstimmungsprozesse im Netzwerk zur „Ortsnahen Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“

Wie im Teil A dieses Kapitels beschrieben, sah der Projektträger eine Formalisierung bzw. Vereinheitlichung der Abstimmungs-, Entscheidungs- und Umsetzungsprozesse innerhalb des Netzes u.a. dadurch vor, dass er die Prinzipien der Freiwilligkeit, des Konsens und der Selbstverpflichtung als handlungsleitend für die Runden Tische betrachtete und ihre Übernahme durch die Kommunen nahe legte. Darüber hinaus wurde den Kommunen nahegelegt, bei der Zusammensetzung der Runden Tische darauf zu achten, dass die Beteiligten ihren entsendenden Organisationen kontinuierlich und frühzeitig Bericht erstatten, um die Verknüpfung der kommunalen mit den übergeordneten Planungs- und Entscheidungsebenen des Gesundheitssystems zu gewährleisten (vgl. Teil A in diesem Kapitel).

Zu den Vorgaben zur Formalisierung der Prozesse innerhalb der eingerichteten Netze gehörte auch die ausdrückliche Empfehlung, die Geschäftsstellen des Modellprojekts an das örtliche Gesundheitsamt anzubinden, ebenso wie die Empfehlung, bei der Themenauswahl die Prioritäten der Landesgesundheitspolitik zu berücksichtigen (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS), Tischvorlage 1995:8). Schließlich und als in besonderem Maße handlungsleitend, müssen die zentralen Ziele des Modellprojekts (Teil A in diesem Kapitel, Seite ...) für die Erprobungszeit betrachtet werden, die insgesamt gesehen auf die Etablierung eines kommunalen Gesundheitsmanagements zur Optimierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung vor Ort hinausliefen. Am Grad ihrer Erreichung, aber auch anhand der Akzeptanz der induzierten „Spielregeln“ in den neugegründeten Netzstrukturen, konnte die wissenschaftliche Begleitung den Erfolg der politischen Intervention beurteilen (vgl. Kapitel IV).

6.4.2 'Systematisierung' der Planungs- und Entscheidungsprozesse der 'Ortsnahen Koordinierung' in Anlehnung an eine zielorientierte Managementkonzeption

Die Optimierung von Planungs- und Entscheidungsprozessen im Hinblick auf ein ziel- und ergebnisorientiertes Handeln der Akteure des gesundheitlichen und sozialen Versorgungssystems auf kommunaler Ebene, konstituierte eine der zentralen, langfristig angelegten Ziele des Modellprojekts 'Ortsnahe Koordinierung'. Hierdurch erhoffte sich der Projektträger eine stetige Verbesserung der Versorgung in Problembereichen des kommunalen bzw. regionalen Gesundheitswesens (vgl. Knesebeck v.d.; Zamora et al. 2000:29).

Im Hinblick auf die Erreichung dieser Zielsetzung bemühte sich der Projektträger darum, eine ziel- und ergebnisorientierte Handlungslogik für die Gestaltung der planungs- und entscheidungsbezogenen Aktivitäten in den neu gegründeten Gremien zu induzieren. Das vom Interventionssystem vorgeschlagene Handlungsmodell (vgl. Teil A, Abschnitt 4) knüpft an eine zielorientierte Managementkonzeption an, in deren Mittelpunkt eine funktionale Definition von 'Management'⁵⁷ steht. Danach sind vier Grundfunktionen des Managements zu unterscheiden, nämlich

⁵⁷ Der Begriff 'Management' wird in der anglo-amerikanischen und deutschsprachigen Literatur in zwei Bedeutungsvarianten verwendet:

- Management im *institutionalen* Sinn (*managerial roles approach*): In dieser Variante bezieht sich der Begriff auf die Personen oder Gruppen, die Managementaufgaben wahrnehmen, ihre Tätigkeiten und Rollen, und

- Planung
- Organisation
- Realisation/Durchsetzung und
- Kontrolle/Evaluation

(vgl. Staehle 1994:79; Damkowski/Precht 1995:17).

Auf der Grundlage dieser grundlegenden Managementfunktionen basiert das kybernetisch-systemtheoretische Verständnis vom Management, das dem Handlungsmodell für die Gremien der 'Ortsnahen Koordinierung' zugrunde liegt (vgl. Abbildung 3, Seite 64; darüber hinaus Zamora et al. 2000:21). Hiernach wird Management als ein rückgekoppeltes lernendes System begriffen, das sich idealtypisch gliedert in die Phasen

- der Definition des Managementproblems auf der Grundlage einer Diagnose/Situationsanalyse,
- der Bestimmung des angestrebten Ziels bzw. der Entwicklung eines Zielsystems zur Problemlösung,
- der Suche nach und der Bewertung von Lösungsalternativen zur Zielerreichung,
- der Entscheidung zugunsten einer bestimmten Alternative (Handlungsempfehlung),
- der Um- und Durchsetzung der gewählten Alternative (Implementation der Handlungsempfehlung),
- der Erfolgskontrolle im Sinne einer auf das Zielsystem bezogenen Soll-Ist-Abweichungsanalyse (Evaluation) sowie
- der Rückkopplung der Ergebnisse der Evaluation und Implementation an die vorlaufenden Managementphasen mit dem Ziel einer eventuellen Modifikation der Problemdefinition, des Zielsystems, des Sets von Alternativen und des Entscheidungs- bzw. Maßnahmenprogramms (vgl. Damkowski/Precht 1995:18).

Dieses aus der Grundkonzeption des kybernetischen Regelkreises abgeleitete Modell beinhaltet die Grundbedingungen jeglichen zweckgerichteten Handelns, das den Anspruch erhe-

-
- Management im *funktionalen* Sinn (*managerial functions approach*): In dieser Variante bezieht sich der Begriff auf die Beschreibung der Prozesse und Funktionen, die in arbeitsteiligen Organisationen notwendig sind, um bestimmte Ziele zu erreichen (vgl. Staehle 1994:69).

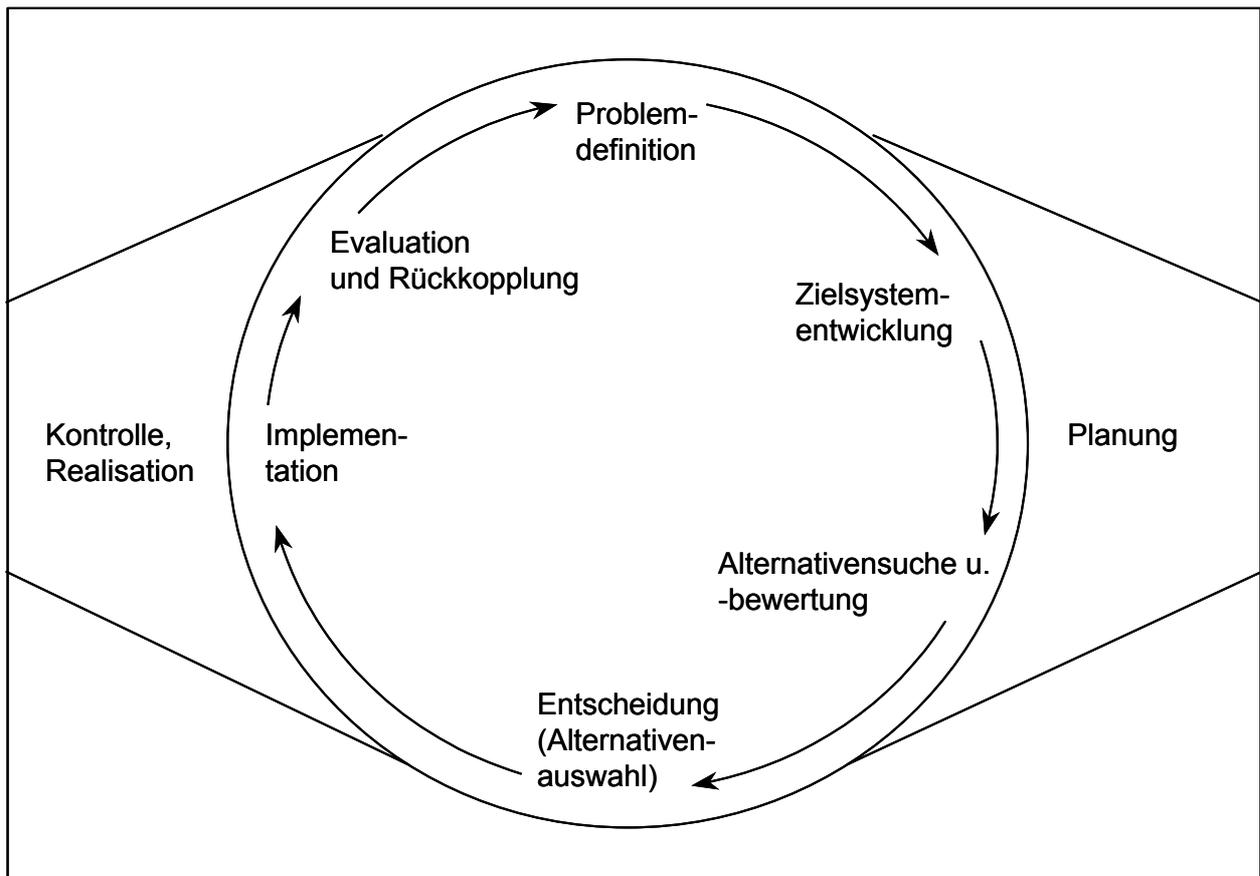
Der letztgenannte, historisch ältere Ansatz (der *managerial functions approach*) geht auf die funktionale Gliederrung der Unternehmung durch Fayol (1916) zurück, während der „*managerial roles approach*“ in einer empirischen Studie von Carlson (1951) seinen Ursprung hat. Sowohl in der anglo-amerikanischen als auch in der deutschsprachigen Managementliteratur dominiert nach wie vor die von Fayol begründete und später von Gulik/Urwick (1937) erweiterte funktionalistische Sichtweise des Managements. Typisch hierfür ist eine funktionale Definition von Management (Literatur bei Staehle 1994).

ben will, „rational“ zu sein. Erstens nämlich eine Situationsanalyse oder Diagnose, zweitens eine Planung mit den dazu gehörenden Zielen. Drittens die Verfügung über Konzepte und Mittel der Implementation bzw. Realisation und viertens die Möglichkeit der Kontrolle oder Überprüfung des Handlungserfolgs durch eine Evaluation oder Bewertung im Sinne eines Soll-Ist-Vergleichs (vgl. Klages, 1993:38f).

Unterschiedliche Varianten dieses Handlungsmodells finden sich in der Organisations- und Planungstheorie (z.B. Senge 1992; Blum, 1981), in der Qualitätssicherung (z.B. Selbmann 1995), und neuerdings auch in Arbeiten zum Thema 'Public Management' (z.B. Damkowski und Precht, 1995). Dieses Modell entspricht auch weitgehend den "Arbeitsrichtlinien für nationale Gesundheitsplanung der Weltgesundheitsorganisation" (Brüggemann et al. (Hrsg.) 1978, nach Zamora et al. 2000:23). Danach ist das Planungsverfahren in eine Reihe von Stufen unterteilt, die genau zu unterscheiden sind (Planungsprozess). Dieses Verfahren soll zu einer kontinuierlichen "Nationalen Gesundheitsplanung" führen (ebenda).

Die dargestellte Managementkonzeption stellte für den Projektträger den Bezugsrahmen für die idealtypische Systematisierung und Realisierung eines Verfahrens, das als 'kommunales Gesundheitsmanagement' bezeichnet werden kann. Darunter wird im Rahmen dieser Arbeit ein informationsgeleiteter, ziel- und handlungsorientierter Prozess zur systematischen Ermittlung und Bearbeitung gesundheitsrelevanter Problemlagen vor Ort, dessen Ergebnisse zu einer kontinuierlichen und bedarfsgerechten Feinsteuerung und Optimierung der gesundheitlichen Versorgung auf kommunaler Ebene beitragen (vgl. nachfolgende Abbildung 6).

Abbildung 6: Gesundheitsmanagement als rückgekoppeltes System



Quelle: in Anlehnung an Damkowski/Precht (1995:19)

Mit dem vorgeschlagenen Modus operandi für die Planungs- und Entscheidungsprozesse für die Netzwerkstrukturen auf kommunaler Ebene greift das Interventionssystem auf ein Managementmodell zurück, das im anglo-amerikanischen Kontext im Bereich 'Public Health' bzw. bzw. 'Public Health Nursing' weit verbreitet ist und zum Teil – unter unterschiedlichen Bezeichnungen und auf unterschiedlichen Ebenen – routinemäßig angewandt wird. Am bekanntesten und weitgehend etabliert ist das Konzept der 'Public Health-Trias' (Institute of Medicine (Hrsg.) 1988)⁵⁸. Dieses Konzept schlägt für die Umsetzung vom Public Health in der Praxis die Unterscheidung von drei Handlungsebenen bzw. Phasen vor: 'Assessment', 'Policy Development' und 'Assurance'. Erstere beinhaltet die Aufdeckung und Definition von gesundheitlichen Problemen in der Region bzw. in der Kommune. Dem entspricht der Kernprozess 'Diagnose/Situationsanalyse'. Die Handlungsebene 'Policy Development' umfasst die Entwicklung von Optionen, Strategien und Maßnahmen zu einer Linderung, Minderung oder Lösung des definierten Problems. Dem entspricht die Phase „Maßnahmenentwicklung/Interventions-

⁵⁸ In der einschlägigen Literatur findet man ähnlich aufgebaute, lernorientierte Handlungsabläufe unter den Begriffen 'health planning model' (Swanson 1993), 'basic helping cycle' (Taylor 1993) oder 'nursing process' (Standhope/Lancaster 1996) wieder.

planung“. Schließlich meint 'Assurance' die Phase der „Interventionsdurchführung“ im Rahmen eines „kommunalen Gesundheitsmanagements“. Lediglich die Phase der Evaluation bzw. Erfolgsbewertung wird in der Public Health-Trias nicht explizit genannt. Allerdings kann die Evaluationsphase als einen integralen Bestandteil des Assessment-Prozesses verstanden werden (Evaluation als Reassessment von Ergebnissen bzw. Effekte einer erfolgten Intervention).

Teil B

6.5 Zusammenfassung

Im Mittelpunkt des zweiten Teils dieses Kapitels (Teil B) stand der Versuch einer Rekonstruktion und Reflexion der theoretisch-konzeptionellen Grundlagen und Prämissen des Modellprojekts 'Ortsnahe Koordinierung'. Zu diesem Zweck wurden zwei systemtheoretisch inspirierte Steuerungskonzeptionen herangezogen: Das Konzept der 'Kontextsteuerung' und das Konzept der 'Policy-Netzwerke'. Im Lichte dieser Konzeptionen wurde die 'Ortsnahe Koordinierung' als dezentrale Strategie einer Kontextsteuerung interpretiert, die durch die Vernetzung der zentralen Akteure des kommunalen Gesundheitswesens und durch die Gestaltung ihrer Kommunikations- und Arbeitsbedingungen längerfristig eine abgestimmte, dem spezifischen Bedarf vor Ort entsprechende Versorgung mit Gesundheitsleistungen ermöglichen soll. Ausschlaggebend für die steuerungstheoretische Interpretation des betrachteten Ansatzes waren sowohl die Projektanlage als auch die Erwartungen und Ziele des Projektträgers, die auf eine 'weiche Steuerung' der an der gesundheitlichen und sozialen Versorgung der Kommunen beteiligten Akteure schließen lässt.

Im Zusammenhang mit der Gestaltung der Interaktionsbedingungen und der Arbeitsweise im Kontext der neuen gesundheitsbezogenen Netzwerke wurde insbesondere auf die konzeptionellen Vorgaben des Projektträgers zur Systematisierung von Planungs- und Entscheidungsprozessen hingewiesen. Diese Systematisierung wurde in Anlehnung an ein kybernetisch-systemtheoretisches Handlungsmodell als 'kommunales Gesundheitsmanagement' bezeichnet und wie folgt definiert:

- Ein kommunales Gesundheitsmanagement ist ein informationsgeleiteter, ziel- und handlungsorientierter Prozess zur systematischen Ermittlung und Bearbeitung gesundheitsrelevanter Problemlagen vor Ort, dessen Ergebnisse zu einer kontinuierlichen und

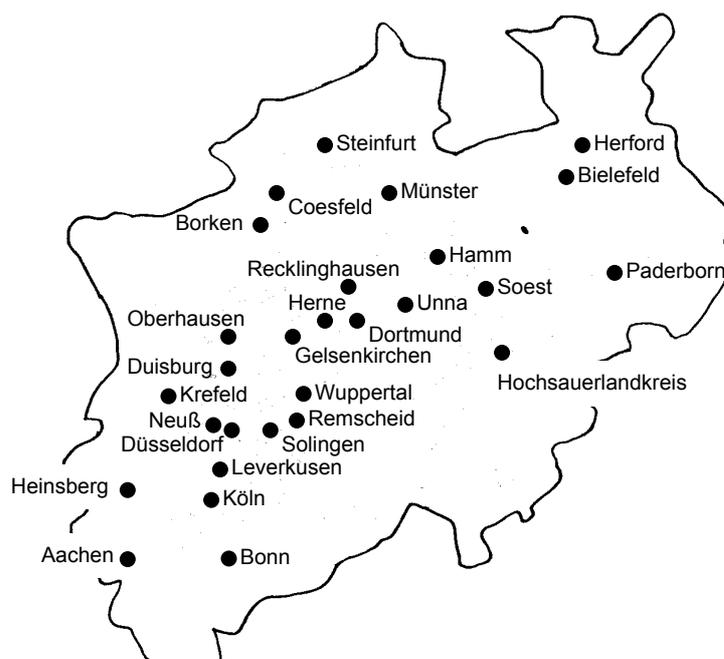
bedarfsgerechten Feinsteuerung und Optimierung der gesundheitlichen Versorgung auf kommunaler Ebene beitragen.

Die gesundheitspolitisch relevante Frage, ob und inwieweit ein derartiges ortsnahe Gesundheitsmanagement faktisch zu einer Feinsteuerung der gesundheitlichen Versorgung beiträgt, steht im Mittelpunkt des nachfolgenden Kapitels. Hier werden am Beispiel des Modellprojekts 'Ortsnahe Koordination' die Möglichkeiten und Grenzen dieses Ansatzes aufgezeigt und im Hinblick auf Konsequenzen für dessen Weiterentwicklung aus steuerungstheoretischer Perspektive diskutiert (Abschnitt 2-4). Dem vorangestellt wird die Präsentation der Untersuchungsanlage der wissenschaftlichen Begleitung des genannten Modellprojekts (Abschnitt 1).

Kapitel IV: Zur Evaluation der 'Ortsnahen Koordinierung': Konzeption, Ergebnisse und Schlussfolgerungen

Im Mittelpunkt dieses Kapitels stehen die Ergebnisse und Erfahrungen im Zusammenhang mit der Implementation der 'Ortsnahen Koordinierung' in achtundzwanzig kreisfreien Städten und Kreisen des Landes Nordrhein-Westfalen (vgl. Abbildung 7: Karte NRW). Grundlage dieser Präsentation ist der Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung des in Kapitel III (Teil A) vorgestellten Modellprojektes 'Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung' (vgl. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW (Hrsg.) 2000).

Abbildung 7: Die 28 Modellkommunen in NRW



Aus: Zamora et al. 2000:16

Wie bereits in Kapitel II (4.1.3) angeführt, lehnt sich die vorliegende Analyse an die Untersuchungsform der „Reanalyse“ bzw. „Sekundäranalyse“ des vorhandenen und interpretierten Datenmaterials an (Kromrey 1986:322). Voraussetzung für die Durchführung einer solchen Untersuchung ist u.a. eine 'exakte Beschreibung der methodischen Anlage der Datenerhebung' (vgl. Klingemann/Mochmann 1975:179). Auf den vorliegenden Kontext übertragen impliziert dieser methodische Grundsatz eine detaillierte Darstellung des Evaluationsdesigns der wis-

senschaftlichen Begleitung der 'Ortsnahen Koordinierung'. Diese Darstellung bildet den Kern des ersten Teils dieses Kapitels (Abschnitt 1).

Im zweiten Teil, entsprechend der beschriebenen Untersuchungsanlage, werden die zentrale Befunde und Erkenntnisse der durchgeführten Evaluation zusammengefasst (Abschnitt 2 und 3). Im Anschluss daran werden schließlich die für die vorliegende Analyse wichtigsten Schlussfolgerungen und Konsequenzen gezogen und unter Berücksichtigung der in Kapitel III (Teil B) ausgearbeiteten Theorie diskutiert (Abschnitt 4).

1. Die wissenschaftliche Begleitung des Modellprojekts „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“

Die Erfahrungen und Effekte innerhalb und im Umfeld des Modellprojektes 'Ortsnahe Koordinierung' wurden ab Oktober 1995 bis Ende 1998 durch eine wissenschaftliche Begleitforschung dokumentiert und evaluiert. Auftraggeber dieser Begleitforschung war das damalige Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (MAGS-NRW). Vertragspartner bzw. Auftragnehmer und Projektleiter waren Herr Prof. Dr. Bernhard Badura (Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften) und Prof. Dr. Johannes Siegrist (Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Institut für medizinische Soziologie).

Die wissenschaftliche Begleitung leitete aus dem Prozess der 'Zielexplication' ihren zentralen Forschungsauftrag ab. Dieser bestand darin, das Modellprojekt als 'systembezogene Intervention' (Øvretveit 1998)⁵⁹ im kommunalen gesundheitspolitischen Handlungsfeld in seiner Umsetzung zu beschreiben und zu einer Klärung folgender zentraler Forschungsfragen zu gelangen:

- *Unter welchen Bedingungen und auf welche Art und Weise werden im Rahmen der 'Ortsnahen Koordinierung' welche Wirkungen bzw. Ergebnisse erzielt?*

⁵⁹ Bei seiner Typologisierung von Interventionen im Gesundheitswesen unterscheidet Øvretveit (1998) zwischen personenbezogenen ('treatments') und organisations- bzw. systembezogenen Interventionen (umfassende Reformen, Umstrukturierungen, neue Versorgungseinrichtungen etc.). Diesen 'health interventions' gemeinsam ist das übergeordnete Ziel einer Verbesserung des Gesundheitszustands bzw. der Lebensqualität einer Person oder einer Population. Sie unterscheiden sich jedoch erheblich hinsichtlich ihrer Wirkungsebene ('level of target') und damit in der Art und Weise, wie sie dieses übergeordnete Ziel zu erreichen versuchen. Während personen- bzw. populationsbezogene Interventionen ('health policies') eine unmittelbare Verbesserung des Gesundheitszustands durch bestimmte Maßnahmen bzw. Programme anstreben, geht es organisations- bzw. systembezogenen Interventionen wie der 'Ortsnahen Koordinierung' darum, eine Verbesserung des Gesundheitszustands bzw. der Lebensqualität einer Population durch organisatorische Veränderungen respektiv Verbesserungen auf der Ebene des Versorgungssystems zu erzielen (vgl. Øvretveit 1998:16f).

- *Welche Bedingungen bzw. Faktoren begünstigen oder beeinträchtigen die Umsetzung der Projektinhalte und die Zielerreichung?* (Knesebeck v.d.; Zamora et al. 2000:30).

Die Klärung dieser Forschungsfragen erforderte einen umfassenden und dynamischen Evaluationsansatz, der dem Prozesscharakter und der Veränderbarkeit des Forschungsgegenstandes gerecht werden sollte. So entwickelte die wissenschaftliche Begleitung des Modellprojektes 'Ortsnahe Koordinierung' ein Evaluationsdesign, das sich auf den integrativen Ansatz einer prozess- und ergebnisorientierten Evaluation von Modellprojekten stützte (Knesebeck v.d.; Zamora et al. 2000:26f). Dieser Evaluationsansatz zeichnet sich durch die Kombination von Verfahren und Methoden der quantitativen und der qualitativen Sozialforschung aus und knüpft an den von Rossi/Freemann (1993) und Rein (1981) postulierten Anspruch einer 'comprehensive Evaluation'⁶⁰ an. Die daraus abgeleitete Untersuchungsanlage sowie die konkreten Untersuchungsgegenstände, werden anschließend vorgestellt.

1.1 Untersuchungsanlage und Gegenstandsbereich

Im Hinblick auf einen angemessenen Zugang zu den komplexen Handlungs- und Wirkungszusammenhängen im Interventionsfeld wurden drei Analysedimensionen unterschieden: Strukturen, Prozesse und Ergebnisse. Aus diesem analytischen Schritt ergab sich die Unterscheidung zwischen Struktur-, Prozess-, und Ergebnisevaluation. Darüber hinaus unterschied der Untersuchungsansatz zwischen einer in allen 28 Kommunen durchgeführten Evaluation und einer vertiefenden Analyse in sechs ausgewählten Kommunen, bei der zusätzlich auf Informationen aus teilnehmenden Sitzungsbeobachtungen und Leitfadengesprächen zurückgegriffen wurde ('Tiefenevaluationskommunen').⁶¹

Mit diesem multidimensionalen Ansatz knüpfte die wissenschaftliche Begleitung an das Forschungsprogramm Donabedians an, einer der Pioniere der klinischen Qualitätsforschung (Donabedian 1980/1988). Dieses zeichnet sich u.a. durch eine strukturdeterministische Logik aus.

⁶⁰ Dieses im Zusammenhang mit Programmevaluationen entstandene Evaluationsverständnis umfasst nicht nur eine Ergebnisevaluation, sondern auch „(...)Research and analysis covering the conceptualization and design of interventions, the monitoring of program interventions, and the assessment of program utility“. (Rossi/Freemann 1993:3).

⁶¹ Aus den beiden Einzugsbereichen der Evaluationszentren (Universität Bielefeld und Universität Düsseldorf) wurden je drei Modellkommunen ausgewählt. Dabei wurde darauf geachtet, dass sowohl Großstädte und Landkreise vertreten sind, als auch Modellkommunen mit und ohne Erfahrungen mit Koordinationsgremien und Kooperationsinitiativen im Bereich des kommunalen Gesundheitswesens. Zu den Kommunen der 'Tiefenevaluation' zählten Bielefeld, Düsseldorf, Hochsauerlandkreis, Krefeld, Münster und Unna.

Die Anlehnung an dieses Kausalmodell begründete die wissenschaftliche Begleitung damit, dass ein solches Modell der Zielstruktur des Modellprojektes implizit zugrunde lag (vgl. Kapitel III, Teil A). Zur Erinnerung: Durch die Einrichtung und Etablierung netzartiger Kooperations- und Koordinationsstrukturen und durch die Vermittlung eines spezifischen Verfahrens zur Gestaltung von Planungs- und Entscheidungsprozessen sollte Einfluss auf das Kooperations- und Planungsverhalten sowie auf die Handlungslogik der beteiligten autonomen Akteure ausgeübt werden. Das oben präsentierte Rahmenkonzept 'Ortsnahe Koordinierung' ging also davon aus, dass Verbesserungen auf der Ebene der Versorgung erst nach der Etablierung der neuen Strukturen und Verfahren bzw. Prozesse der Abstimmung und Planung erzielt werden könnten.

Vor diesem Hintergrund wurde von der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojektes vorausgesetzt, dass die analysierten strukturellen Aspekte des Interventionsfeldes den prozessualen und ergebnisbezogenen Aspekten zeitlich und logisch vorgeordnet sein sollten (vgl. Knesebeck v.d.; Zamora et al. 2000:30f). Damit unterstellte das Evaluationsmodell der wissenschaftlichen Begleitung einen „(...) notwendigen zeitlichen (keinen hinreichenden, deterministischen) Zusammenhang zwischen den neu geschaffenen Strukturen, Routinen, Entscheidungen und deren Konsequenzen“ (Knesebeck v.d; Zamora et al. 2000:31).

Nachfolgend werden die Gegenstandsbereiche der Struktur-, Prozess-, und Ergebnisevaluation im Rahmen der wissenschaftlichen Begleitung abgesteckt und die untersuchten Strukturen, Prozesse und Ergebnisse beschrieben.

1.1.1 Gegenstandsbereiche der Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation

Die Struktur-, Prozess-, und Ergebnisevaluation der wissenschaftlichen Begleitung bezog sich ausschließlich auf das 'Interventionsfeld', d.h. auf die Ebene der Kommune, wo die Projektziele realisiert werden sollten (vgl. Kapitel III, Teil A).

Im Rahmen der Strukturevaluation wurden zunächst (im Rahmen einer baseline-Erfassung) die 'Charakteristika der Modellkommunen' vor Beginn der Intervention dokumentiert, analysiert und im Hinblick auf ihren möglichen Einfluss auf den Implementationsprozess hinterfragt. Zu den hierbei betrachteten strukturellen Aspekten gehörten u.a.: die Populationsstruktur, die geographische Lage (nur in Tiefenevaluationskommunen), die Verwaltungs-/Organisationsstruktur im Gesundheits- und Sozialwesen, die Versorgungsstruktur (mit besonderer

Berücksichtigung spezifischer Problemlagen), die Datengrundlage für die Arbeit des Runden Tisches und der Arbeitsgruppen sowie Koordinations- und Kooperationsstrukturen und -erfahrungen (vgl. Tabelle 4). Die Strukturevaluation befasste sich darüber hinaus mit den neu eingerichteten Vernetzungsstrukturen und deren Charakteristika in den Modellkommunen zu Projektbeginn. Erfasst und dokumentiert wurden die Projektgeschäftsstellen (Anbindung, Qualifikation des Stelleninhabers etc.), Merkmale des Runden Tisches (Teilnehmerstruktur, Geschäftsordnung) und Merkmale der Arbeitsgruppen (Anzahl, Teilnehmerstruktur etc.).

Tabelle 4: Operationalisierung der Strukturevaluation (aus: Knesebeck v.d.; Zamora et al. 2000:34)

Strukturelle Merkmale Der Kommune	Indikatoren/Merkmalausprägungen	Messung/Datenquelle
Ausgangssituation in den Beteiligten Kommunen	- Stand der kommunalen Gesundheitsberichterstattung	A, B, C
	- Koordinations- und Kooperationsstrukturen	
	- Verwaltungs- und Organisationsstruktur im Gesundheits- und Sozialwesen	A A
	- themenbezogene Aspekte der Versorgungsstruktur	A, C, D
Merkmale der Geschäftsstelle	- materielle und personelle Ausstattung	C
	- Qualifikation der Leitungsperson	C, E, F
	- institutionelle Einbindung in kommunale Strukturen	C
Teilnehmerstruktur der Gremien	- vertretene Institutionen	D
	- Gremiengröße und Anzahl der Vertreter	D, E, F
	- Vollständigkeit	D, E, F
	- Status der Teilnehmer	D, E, F, G
	- Fluktuation	C, D, E
	- Status des Moderators	D
	- Thematische Ausrichtung der Arbeitsgruppen	

A. strukturierte Gruppengespräche mit kommunalen Experten; **B.** Gesundheitsberichte; **C.** leitfadengestützte telefonische Interviews mit Geschäftsstellenleitern; **D.** Sitzungs-dokumentationen; **E.** leitfadengestützte Befragungen der Moderatoren der Runden Tische; **F.** leitfadengestützte Befragungen der Arbeitsgruppenleiter in ausgewählten Kommunen; **G.** teilnehmende Beobachtungen in ausgewählten Kommunen;

Im Rahmen der Prozessevaluation ging es der wissenschaftlichen Begleitung darum, die „Kernprozesse“ des Modellprojektes im Hinblick auf seine gesundheitspolitisch relevanten Ziele zu identifizieren, zu erfassen und zu bewerten. Hierzu gehörten Kommunikations- und Koordinationsprozesse, sowohl zwischen der Geschäftsstelle und den kommunalen Akteuren einerseits als auch innerhalb des Runden Tisches und der Arbeitsgruppen andererseits (vgl. Tabelle 5). Zu den Kernprozessen wurden aber auch 'Aspekte des Arbeitsprozesses' gezählt

(Themenauswahl und -bearbeitung, Entwicklung, Verabschiedung und Umsetzung der Handlungsempfehlungen, Engagement des Moderators und der Arbeitsgruppenleiter). Alle diese Prozesse wurden als zentral für die vordringliche Zielsetzung des Modellprojekts (die erfolgreiche Erprobung und Etablierung eines Gesundheitsmanagements auf kommunaler Ebene) erachtet.

Tabelle 5: Operationalisierung der Prozessevaluation (aus: Knesebeck v.d.; Zamora et al. 2000:35)

Prozessuale Merkmale der Kommune	Indikatoren/Merkmalsausprägungen	Messung/Datenquelle
Interaktion in den Gremien	- Atmosphäre während der Sitzungen	A, B, C, D, G, H
	- Grad der Beteiligung	A, D, G
	- Kontroversen und Konflikte	A, B, C, D, G, H
	- Motivation der Teilnehmer	A, B, G, H
Arbeitsweise und Verfahren	- Sitzungsfrequenz	C
	- Existenz und Inhalt von Geschäftsordnungen	C
	- Effektivität der Arbeitsprozesse	A, B, C, D, G, H
	- förderliche und hemmende Organisationen	B, D, G, H C, D, G, H
	- Verteilung von Aufgaben	G
	- Verbindlichkeit von Vereinbarungen	A, C, G, H
	- Themenauswahl	A, C, D, E, G, H
	- Qualität der Informationsgrundlage	A, C, D, G, H
- Entwicklung und Verabschiedung von Handlungsempfehlungen	A,C,D,E,G,H A,C,D,G,H	
Moderation bzw. Leitung	- Qualität der Moderation bzw. Leitung	A, D, E, G
Kommunikation außerhalb der Gremien	- Qualität der Kommunikation zw. Kommune und Landesebene	F, I

A. standardisierte schriftliche Befragungen der Gremienteilnehmer; **B.** leitfadengestützte Befragungen der Moderatoren der Runden Tische; **C.** Sitzungsdokumentationen; **D.** leitfadengestützte telefonische Interviews mit Geschäftsstellenleitern; **E.** standardisierte schriftliche Befragungen der Geschäftsstellen; **F.** leitfadengestützte Befragungen ausgewählter Landesvertreter; **G.** teilnehmende Beobachtungen in ausgewählten Kommunen; **H.** leitfadengestützte Befragungen der Arbeitsgruppenleiter in ausgewählten Kommunen; **I.** leitfadengestützte Befragungen von Gremienteilnehmern in ausgewählten Kommunen

Im Kontext der Ergebnisevaluation schließlich wurde versucht, sowohl angestrebte bzw. beabsichtigte, als auch nicht vorgesehene Effekte der Intervention 'Ortsnahe Koordinierung' zu erfassen und zu dokumentieren. Eine Bewertung durch die Evaluation selbst fand nur bezogen auf bestimmte Aspekte statt. Ansonsten wurden die unmittelbar vor Ort am Projekt Beteiligten gebeten, die Arbeit der neuen Gremien und die erzielten Ergebnisse selbst zu bewerten (vgl. Tabelle 6).

Tabelle 6: Operationalisierung der Ergebnisevaluation (aus: Knesebeck v.d.; Zamora et al. 2000:36)

Ergebnisbezogene Merkmale	Indikatoren/Merkmalausprägungen	Messung/ Datenquelle
Etablierung und Institutionalisierung der Interventionsinstrumente	- Akzeptanz bei kommunalen Akteuren	A, B, C, F, G, H
	- Einbindung in kommunale Strukturen (Verwaltung und Politik)	B, D
	- (geplante) Kontinuität nach Projektende	B, D
Auf- bzw. Ausbau der kommunalen GBE	- Anzahl der Berichte	C, I, H
	- Qualität der Berichte	I, H
	- Nutzung der Berichte	D, H
	- Institutionalisierung in der Kommune	B, D, H
Handlungsempfehlungen	- Anzahl	C, E
	- Zeitpunkt der Verabschiedung	C
	- formale und inhaltliche Qualität	A, B, D, E, G, H
	- Reichweite	D, E
Umsetzung der Handlungsempfehlungen	- Aktivitäten zur Umsetzung	A, B, C, D, F, H
	- förderliche und hemmende Faktoren	B, C, D, F, H
	- Ressourcen	D, E, H
Veränderungen auf der Versorgungsebene	- Anzahl neuer Informations- und Beratungsangebote	B, C, D, E, H
	- Anzahl neuer Versorgungsangebote	B, C, D, E, H
	- Anzahl neuer Koordinierungsinstrumente	B, C, D, E, H
	- Anzahl der Angebotsumstrukturierungen	
	- Akzeptanz der neuen Angebote und Instrumente	B, C, D, E, H
	- Nutzung der neuen Angebote und Instrumente	A, B, D, B, D, H

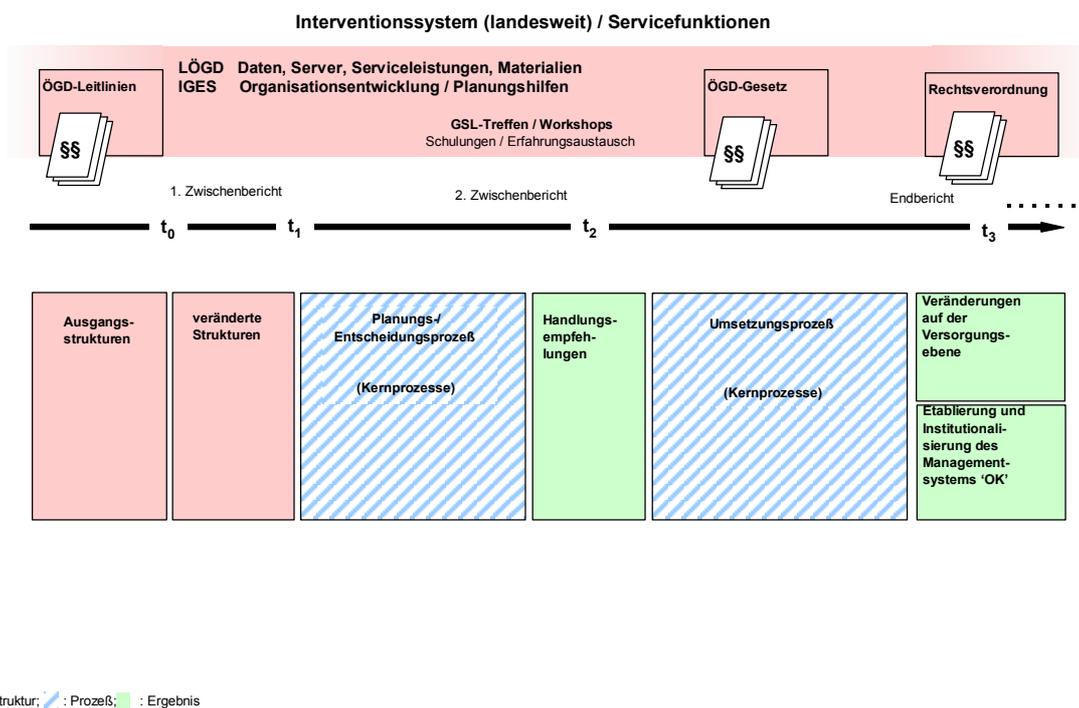
A. standardisierte schriftliche Befragungen der Gremienteilnehmer; **B.** leitfadengestützte Befragungen der Moderatoren der Runden Tische; **C.** Sitzungsdocumentationen; **D.** leitfadengestützte telefonische Interviews mit Geschäftsstellenleitern; **E.** Handlungsempfehlungen; **F.** teilnehmende Beobachtungen in ausgewählten Kommunen; **G.** leitfadengestützte Befragungen der Arbeitsgruppenleiter in ausgewählten Kommunen; **H.** standardisierte schriftliche Befragungen der Geschäftsstellen; **I.** Gesundheitsberichte

Hinsichtlich der beabsichtigten Ergebnisse und Effekte der Intervention wurde die Ergebnisevaluation entsprechend der postulierten Zielhierarchie des Modellprojektes aufgebaut (vgl. Kapitel III, Teil A, Abschnitt 2). Dementsprechend wurden drei Teilergebnisse definiert, die grundsätzlich als interventionsinduzierte Veränderungen im Interventionsfeld konzeptualisiert und erfasst wurden:

- die Handlungsempfehlungen als Ergebnis der Planungs-, Entscheidungs- und Informationsverarbeitungsprozesse der ersten Projektphase (t_2-t_1);
- die Veränderungen der Versorgungssituation als Ergebnis des Umsetzungsprozesses in der zweiten Projektphase (t_3-t_2) und
- die dauerhafte Etablierung und Institutionalisierung der Planungs-, Abstimmungs- und Managementstrukturen der Konzeption 'Ortsnahe Koordinierung' in NRW als eines der zentralen Ergebnisse der Modellerprobung (t_3+t_n).

Die Ergebnisevaluation konzentrierte sich hauptsächlich auf diese drei Ergebniskomplexe (vgl. hierzu auch Abbildung 8).

Abbildung 8: Chronologischer Ablauf der angestrebten Veränderungen und Ergebnisse



Zusätzlich zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation wurde das Interventionssystem des Modellprojektes zu Projektbeginn und im weiteren Verlauf dokumentiert und analysiert. Dazu gehörte u.a. eine Typologisierung der Intervention und eine Beschreibung der Projektanlage, eine Dokumentation der flankierenden Serviceleistungen des Modellträgers und der Begleitinstitutionen sowie der Kommunikationsprozesse sowohl zwischen dem Projektträger und den

Modellkommunen als auch zwischen den Begleiteinrichtungen und den Modellkommunen (vgl. Tabelle 7).

Tabelle 7: Operationalisierung zur Analyse des Interventionssystems (aus: Knesebeck v.d; Zamora et al. 2000:37)

Aspekte der Intervention	Indikatoren/Merkmalsausprägungen	Messung/ Datenquelle
Projektanlage	- Hintergründe der Intervention	A
	- zeitliche, materielle und rechtliche Rahmenbedingungen	A
	- beteiligte Institutionen	A, B, C
Projektbegleitende Maßnahmen/Serviceleistungen	- Qualität der Planungshilfen	C, D
	- Gestaltung und Durchführung von Veranstaltungen	C, D, E, F
	- projektinterne Kommunikationsprozesse	C, D

A. Projektbeschreibung durch den Projektträger; **B.** strukturierte Gruppengespräche mit kommunalen Experten; **C.** leitfadengestützte telefonische Interviews mit Geschäftsstellenleitern; **D.** standardisierte schriftliche Befragungen der Geschäftsstellen; **E.** leitfadengestützte Befragungen der Moderatoren der Runden Tische; **F.** leitfadengestützte Befragungen der Arbeitsgruppenleiter in ausgewählten Kommunen

Nach der Erläuterung der Untersuchungsanlage werden im nachfolgenden Abschnitt die zentralen Ergebnisse, Erkenntnisse und Folgerungen der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts 'Ortsnahe Koordinierung' vorgestellt. Dem vorangestellt werden anschließend die wichtigsten Eckdaten der wissenschaftlichen Begleitung in Form eines zusammenfassenden Überblicks (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8: Eckdaten zu der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts 'Ortsnahe Koordinierung'

Auftraggeber	<ul style="list-style-type: none"> • MAGS (MFJFG)
Politische Ebene	<ul style="list-style-type: none"> • Kommune/Land
Art des Evaluandums	<ul style="list-style-type: none"> • Modellprojekt • Nach Øvretveit 1998: „systembezogene, organisationsübergreifende Intervention im Gesundheitswesen“
Dauer der Evaluation	<ul style="list-style-type: none"> • 44 Monate
Erkenntnistheoretische Ausrichtung/ Forschungsparadigma	<ul style="list-style-type: none"> • Anlehnung sowohl an konventionell-positivistische als auch an interpretativ-phänomenologische Ansätze der Evaluation • Induktiv-exploratives und deduktives Vorgehen (je nach Evaluationsphase und -ansatz)
Untersuchungs-Design	<ul style="list-style-type: none"> • integrativer Ansatz einer prozess- und ergebnisorientierten Evaluation (Programmevaluation) • Kombination eines 'groben' Evaluationsansatzes mit einem 'feinen' Analyseansatz (in sechs ausgewählten Modellkommunen) • Drei Analysedimensionen: Strukturen, Prozesse und Ergebnisse (Donabedian 1988)
Forschungs-Methoden	<ul style="list-style-type: none"> • Methodenmix aus unterschiedlichen quantitativen und qualitativen Verfahren (methodologische Triangulation; 'Data-Triangulation'; 'Investigator-Triangulation')

Quelle: Eigene Darstellung nach einem Erfassungsraster von Widmer (1996)

2. Zentrale Befunde aus der Evaluation des Modellprojekts 'Ortsnahe Koordinierung' – zusammenfassende Darstellung

Gegenstand dieses Abschnitts ist die Zusammenfassung der zentralen Befunde und Erkenntnisse der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts 'Ortsnahe Koordinierung'. Die Darstellung wird sich hierbei vorwiegend an den Ergebnisteil des o.g. Abschlussberichts orientieren (vgl. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW 2000). Eine Abweichung von dieser Strukturierung erschien im Falle der Darstellung der „Indikatoren bzw. Merkmalsausprägungen des Interventionssystems“ (Knesebeck v.d.; Zamora et al. 2000:37f) aus zwei Gründen sinnvoll: Bei diesem Abschnitt handelt es sich im Wesentlichen um das Ergebnis eines Monitorings von flankierenden Serviceleistungen des Modellprojekts und der Begleitinstitutionen sowie um eine Synopse der relevanten gesundheitspoliti-

schen und administrativen Veränderungen im Projektverlauf. Es geht hier weniger um eine bewertende Analyse im engeren Sinne, sondern vielmehr um eine deskriptive, chronologisch geordnete Darstellung von Informationen. Mögliche kausale Zusammenhänge der beschriebenen Gegenstände bzw. ihrer Merkmale werden dabei nicht systematisch erschlossen. Die im Zuge dieser Dokumentation konstatierten, evaluationsrelevanten Faktoren sollen folglich nicht isoliert (als eigenständige Befunde der Evaluation) betrachtet werden, sondern in die Analyse, Interpretation und Bewertung von struktur-, prozess-, und ergebnisbezogenen Daten einfließen. Auch der zweite Grund für eine Abweichung von der Vorgehensweise im Abschlussbericht lässt sich mit der oben beschriebenen Untersuchungsanlage erläutern (Kapitel IV, Abschnitt 1). Hier wurde darauf hingewiesen, dass sich die Struktur-, Prozess-, und Ergebnisevaluation der wissenschaftlichen Begleitung ausschließlich auf das Interventionsfeld bezieht, d.h. auf die Ebene der Kommune, wo die oben aufgeführten Projektziele realisiert werden sollten. Folglich werden entsprechend dieses multidimensionalen Evaluationsansatzes zunächst die Befunde der Struktur- (2.1), der Prozess- (2.2) und der Ergebnisevaluation (2.3) zusammengefasst. Besondere Aufmerksamkeit erfahren hierbei die Befunde im Zusammenhang mit der Erprobung eines ziel- und ergebnisorientierten Gesundheitsmanagementmodells, dessen zentrale Prämissen und Annahmen im vorangegangenen Kapitel erläutert wurden (vgl. Kapitel III, Teil B). Im Anschluss daran werden ebenfalls in komprimierter Form die Erkenntnisse aus den Zusammenhangsanalysen und der 'Tiefenevaluation' der wissenschaftlichen Begleitung wiedergegeben.

2.1 Befunde der Strukturevaluation

Zweck der Strukturevaluation war es, die beteiligten Kommunen (Interventionsfeld) hinsichtlich ihrer Ausgangssituation, der Merkmale der neu eingerichteten Geschäftsstellen sowie der Teilnehmerstruktur der aus Runden Tischen und Arbeitsgruppen bestehenden Netzwerken zu beschreiben. Bei der Gestaltung des Evaluationskonzeptes ging das Evaluationsteam davon aus, dass die Kenntnis der Ausgangsbedingungen in den Kommunen die Voraussetzung für eine Beurteilung der im Rahmen des Modellprojektes ablaufenden Prozesse und der daraus resultierenden Ergebnisse sei. Im Hinblick auf die Betrachtung der Geschäftsstellenmerkmale stand die Frage nach den strukturellen Voraussetzungen für eine erfolgreiche Wahrnehmung der Management- und Organisationsaufgaben vor Ort im Vordergrund. Die Untersuchung der Teilnehmerstruktur sollte schließlich Aufschluss darüber geben, inwieweit es gelingt, die re-

levanten Akteure des kommunalen Gesundheitswesens in den Gremien zu versammeln und deren Koordinations- und Kooperationsbereitschaft zu fördern.

2.1.1 Ausgangssituation in den beteiligten Kommunen

Die Ausgangsbedingungen in den Kommunen vor Beginn der Intervention stellte sich als ausgesprochen heterogen dar. Dieser Umstand sollte bei der Analyse und Interpretation der durch die 'Ortsnahe Koordinierung' angestoßenen Prozesse und der daraus hervorgehenden Ergebnisse Berücksichtigung finden.

Im Hinblick auf die kommunale Gesundheitsberichterstattung zeigte sich, dass in den meisten Modellkommunen keine umfassenden, themen- und populationsübergreifenden Gesundheitsberichte existierten⁶², wobei in den meisten Kommunen lediglich einzelne Spezialberichte zu verschiedenen Themenbereichen vorlagen (vgl. Fuchs/Siegrist 2000:59).

Bezogen auf das Ausmaß der Vernetzung wurde festgestellt, dass zwar eine Vielzahl themenbezogener Koordinationsstrukturen vor Beginn der Intervention in den Kommunen existierten⁶³; zentrale, themen- und sektorübergreifende Koordinations- und Steuerungsinstrumente waren jedoch die Ausnahme. Insofern konnte die mit der Initiierung des Modellprojektes verbundene Annahme einer unzureichenden Transparenz und Vernetzung im kommunalen Gesundheitswesen für die Mehrzahl der Kommunen bestätigt werden (vgl. Fuchs/Siegrist 2000:61).

2.1.2 Merkmale der Geschäftsstellen

Die vom Land Nordrhein-Westfalen zur Verfügung gestellten Fördermittel haben in allen Kommunen die Einrichtung von Geschäftsstellen ermöglicht. Damit wurde eine strukturelle Voraussetzung für die mit der Durchführung der Intervention verbundenen Koordinationsaufgaben geschaffen. Durch die Ausstattung der Geschäftsstellen mit einem PC-System (incl. Intranet-Server und Videokonferenzsystem) im Projektverlauf konnten die Arbeitsbedingungen in technischer Hinsicht vereinheitlicht werden. Allerdings wurden interkommunale Un-

⁶² Eine Ausnahme stellten die Städte Köln, Neuss, Münster und Herne dar.

⁶³ So z.B. psychosoziale Arbeitsgemeinschaften, kommunale Beiräte für Behinderten- und Seniorenfragen oder Arbeitsgruppen zu Präventions- und Gesundheitsförderungsthemen.

terschiede im Hinblick auf die durch die Kommunen zusätzlich aufgebrauchten personellen Ressourcen und hinsichtlich der Integration der Geschäftsstellen in kommunale Strukturen festgestellt (Fuchs/Siegrist 2000:64f). Darüber hinaus unterschieden sich die Geschäftsstellenleiter hinsichtlich ihrer Qualifikation und ihrer beruflichen Erfahrungen. So studierten 15 Geschäftsstellenleiter - zusätzlich zu ihrer abgeschlossenen Ausbildung – Public Health, wobei nicht alle zum Zeitpunkt der Erhebung einen Abschluss nachweisen konnten. Ebenso unterschieden sich die Geschäftsstellenleiter hinsichtlich ihrer Erfahrungen in der öffentlichen Verwaltung (vgl. nachfolgende Tabelle 9).

Tabelle 9: Anzahl der Geschäftsstellenleiter (GSL) nach Art der Qualifikation

Ausbildung/Studium	Anzahl der GSL nach Art der Ausbildung/Studium	Zusätzlich Studium Public Health (z.T. noch nicht abge- schlossen)	Zusätzlich Verwaltungs- erfahrung
Verwaltungswirt / Diplomver- waltungswirt	5	1	5
Verwaltungswissenschaften	1		1
Medizin	11	6	5
Sozialwissenschaften (Sozialwiss., Sozialpädagogik, Erziehungswiss., Psychologie)	12	5	9
Gesundheitsingenieur	1	1	1
Sonstiges Studium (Geschichte, Informatik, Biolo- gie, Ernährungswiss., BWL, Jura)	10	2	4
Gesamt	N =40	N = 15	N = 25

Aus: Fuchs/Siegrist 2000: 68

2.1.3 Teilnehmerstruktur der Gremien

In den meisten Kommunen ist es gelungen, die relevanten Akteure des kommunalen Gesundheitswesens in den Gremien (Runde Tische und Arbeitsgruppen) zu versammeln, wobei sich erhebliche interkommunale Unterschiede hinsichtlich der Anzahl der Teilnehmer ergaben.

Es fanden insgesamt 178 Sitzungen der Runden Tische statt, wobei, mit Ausnahme von Herne und Neuss, in den anderen Kommunen mindestens vier und in der Mehrzahl der Fälle (77,8

%) sechs oder mehr Sitzungen durchgeführt wurden (Fuchs/Siegrist 2000: 70). Im Durchschnitt nahmen 27 Personen an den Sitzungen teil, wobei die Teilnehmerzahlen nicht kontinuierlich, sondern punktuell abgenommen haben. Die Schwankungen in den Teilnehmerzahlen sind durch die geänderte Gesetzeslage (Einführung des ÖGDG), durch die Behandlung unterschiedlicher Themen (mit der Folge der Fluktuation von Akteuren) und durch die Terminwahl bedingt (z.B. in Urlaubszeiten) (Fuchs/Siegrist 2000:72).

Die Runden Tische setzten sich aus einem Kern aus Institutionen zusammen, die durchgängig in allen Kommunen an allen Sitzungen teilnahmen (vgl. Tabelle 10).

Tabelle 10: Prozentuale Teilnahme zentraler Akteursgruppen und ihre durchschnittliche Vertreteranzahl an den Sitzungen der Runden Tische

	Prozentuale Teilnahme, bezogen auf 167 Sitzungen	Durchschnittliche Vertreterzahl bezogen auf 167 Sitzungen
Kommunale Verwaltung	100%	6.0
Organisierte Ärzteschaft	94%	2.2
Krankenkassen	93%	2.7
Stationäre Einrichtungen	89%	4.4
Wohlfahrtsverbände	88%	2.8
Politik	79%	2.1
Betroffene/Selbsthilfe	41%	0.9
nicht-med. Heilberufe	31%	0.6
PSAG	16%	0.2
Pflegekonferenz	14%	0.1

Aus: Fuchs/Siegrist 2000:73

Hierzu gehörten Vertreter der kommunalen Verwaltung, der Kranken- bzw. Pflegekassen, der Selbstverwaltungen der Ärzte, der stationären Einrichtungen und der Freien Wohlfahrtsverbände. Eindeutig unterrepräsentiert waren Betroffenenorganisationen und Vertreter der Selbsthilfegruppen. Diese waren bei weniger als der Hälfte der Sitzungen anwesend (vgl. Fuchs/Siegrist 2000:73). Dies wurde darauf zurückgeführt, dass diese Akteure unzureichend organisiert sind und über keine gemeinsamen Interessenvertreter verfügen.

Die Moderation der Runden Tische wurde im allgemeinen von hochrangigen Vertretern des örtlichen öffentlichen Gesundheitswesens übernommen, in den meisten Fällen von Dezernenten (44,4 % der Fälle) und von Amtsleitern (25,9%).

2.2 Befunde der Prozessevaluation

Wie bereits oben dargestellt (vgl. Kapitel IV, Abschnitt 1), beschäftigte sich die Prozessevaluation vornehmlich mit Prozessen im Interventionsfeld, die Rückschlüsse auf die Realisierungsmöglichkeiten einer organisations- und professionsübergreifenden Kooperation im Gesundheitswesen sowie auf die Umsetzbarkeit eines rationalen, zielorientierten Gesundheitsmanagements auf kommunaler Ebene zulassen sollten. Im Einzelnen fokussierte die Prozessevaluation drei für die Realisierung einer 'Ortsnahen Koordinierung' relevante Dimensionen im Interventionsfeld:

- die Interaktion in den Gremien,
- die Arbeitsweise und Verfahren und
- die Moderation und Leitung der Gremien.

Die Relevanz dieser drei Dimensionen ergab sich einerseits aus der ausführlichen inhaltlichen Analyse der idealtypisch vorgesehenen Arbeitsweise der Gremien, andererseits erfolgte deren Festlegung auf der Basis der Erfahrungen, die die Evaluationsgruppe durch teilnehmende Beobachtungen und zahlreiche Gespräche in den Kommunen im Laufe des Projektes gewinnen konnte. Im Folgenden werden die Ergebnisse der Verlaufsdokumentation und -evaluation (Zeitraum Oktober 1995 bis Dezember 1998) als Zusammenfassung wiedergegeben.

2.2.1 *Interaktion in den Netzstrukturen (Runde Tische und Arbeitsgruppen)*

Im Hinblick auf Merkmale der Interaktion in den Netzstrukturen sind die involvierten Akteure in ihrer Mehrheit zu einer positiven Einschätzung gelangen. Dies betrifft sowohl die Atmosphäre während der Sitzungen als auch den Grad der Beteiligung. Zwar wurden insbesondere bei den Runden Tischen auch Kontroversen und Konflikte zwischen den Beteiligten deutlich; diese erreichten aber nur selten ein Ausmaß, das die Zusammenarbeit in den Gremien substantiell gefährdet hätte. Als wesentliche Konfliktpunkte erwiesen sich: eine ungeklärte Finanzierung der umzusetzenden Maßnahmen, ein übersteigertes Konkurrenzverhalten der verschiedenen Anbieter sowie 'Zuständigkeitskonflikte': „Konflikte, die nicht gelöst werden konnten, tangierten in der Regel überörtliche Problembereiche (z.B. Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen)“ (Joksimovik et al. 2000:86).

2.2.2 *Arbeitsweise und Verfahren*

Die Arbeitsprozesse an den Runden Tischen und in den Arbeitsgruppen wurden von den befragten Akteuren als insgesamt positiv bewertet. Die Geschäftsstellenleiter und Moderatoren kamen jedoch im Hinblick auf eine erfolgreiche Arbeit des Runden Tisches zu einer positiveren Einschätzung als die Teilnehmer der Runden Tische. Es zeigt sich zudem, dass die Beurteilung des Arbeitserfolges in solchen Kommunen positiver ausfällt, in denen die Runden Tische vergleichsweise häufig getagt haben (Joksimovik et al. 2000:86f). Im Zusammenhang mit der Bearbeitung der von den Arbeitsgruppen gewählten Problembereiche ist deutlich geworden, dass die Geschäftsstellenleiter eine zum Teil erhebliche Arbeitsbelastung auf sich nehmen mussten.

2.2.3 *Moderation der Runden Tische und Arbeitsgruppenleitung*

Im Rahmen der Prozessevaluation wurde der Frage nachgegangen, ob und inwieweit die Moderation der Runden Tische und die Arbeitsgruppenleitung Einfluss auf den Sitzungsverlauf (Arbeitsatmosphäre, aktive Beteiligung etc.) und auf die Ergebnisse der Kommunikations- und Koordinationsprozesse hatten. Hierzu wurden die Teilnehmer in den entsprechenden Gremien aufgefordert, eine persönliche Einschätzung zu dieser Frage abzugeben. Die Ergebnisse zeigten, dass sowohl den Moderatoren als auch den Arbeitsgruppenleitungen insgesamt ein positiver Einfluss auf den Verlauf der Sitzungen zugeschrieben wird. Bei den Teilnehmern der Runden Tische waren es über 80% , bei den Teilnehmern der Arbeitsgruppen etwa 85% (vgl. Joksimovik et al. 2000:93). Die Kompetenz und Professionalität der Leiter bzw. Moderatoren scheint demnach von hoher Wichtigkeit für den Verlauf der Sitzungen und die erfolgreiche Durchführung von Koordinationsaktivitäten zu sein (vgl. Tabelle 11).

Tabelle 11: Korrelationen und Signifikanzen* zwischen der Moderation bzw. der Arbeitsgruppenleitung und ausgewählten prozessualen Merkmalen (aus: Joksimovic et al. 2000:80)

	Positiver Einfluss der Arbeitsgruppenleitung bzw. Moderation	
	Arbeitsgruppen	Runde Tische
effektive bzw. erfolgreiche Arbeit der Arbeitsgruppe bzw. des Runden Tisches	.44	.48
Konstruktive Atmosphäre	.45	.37
aktive Beteiligung	.31	.27

*Alle Korrelationen erreichen ein Signifikanzniveau von <.001

2.3 Befunde der Ergebnisevaluation

Im Folgenden werden die zentralen Befunde der Ergebnisevaluation als Synopse wiedergegeben. Diese werden entsprechend der ihnen zugrunde liegenden (Projekt-) Ziele dargestellt. Diese wurden oben in Kapitel III (Abschnitt A) erläutert und werden anschließend nochmals in kursiver Schrift angeführt:

2.3.1 *Aufbau und Etablierung einer Managementstruktur auf kommunaler Ebene, bestehend aus dem 'Runden Tisch' bzw. der Gesundheitskonferenz, themenspezifischen Arbeitsgruppen und lokalen Geschäftsstellen*

Den Ausführungen im Abschlussbericht zufolge sind die neuen Steuerungs- und Managementstrukturen formal in allen Kommunen aufgebaut worden. Im Hinblick auf die Etablierung des Runden Tisches konstatieren die Evaluatoren, dass das Gremium von der überwiegenden Mehrheit der involvierten Akteure als sinnvolles Koordinations- und Steuerungsinstrument gesehen wird, auch wenn dessen Einfluss bzw. Bedeutung auf die Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung in der Kommune in einigen Fällen eher gering eingeschätzt wurde (vgl. Schnabel et al. 2000:121). Darüber hinaus wurde die kontinuierliche Teilnahme der Akteure an den Gremien als Beleg für eine Akzeptanz und Etablierung der Interventionsinstrumente angesehen, wobei in diesem Zusammenhang bei der Mehrheit der Geschäftsstel-

lenleiter am Ende des Modellprojektes eine hinreichende Integration der Runde Tische in kommunale Strukturen festgestellt wurde (ebenda).

Der Abschlussbericht weist jedoch darauf hin, dass die in Bezug auf die Etablierung der Interventionsinstrumente erzielten Befunde auch im Licht der neuen gesetzlichen Bestimmungen interpretiert werden müssen. Durch das inzwischen in Kraft getretene Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (vgl. Anhang) werden Koordinierungsaufgaben wie auch die Strukturen und der Tätigkeitsbereich der kommunalen Gesundheitskonferenz in ihren Grundzügen festgelegt. Zentrale Erprobungsbereiche des Modellprojektes 'Ortsnahe Koordinierung' haben damit eine Stärkung und institutionelle Absicherung erfahren (Knesebeck, v.d. et al. 2001: 40). In zahlreichen Kommunen Nordrhein-Westfalens sind inzwischen Gesundheitskonferenzen im Sinne des ÖGDG einberufen worden.⁶⁴ Inwieweit die neue gesetzliche Grundlage Auswirkungen auf Modalitäten der Zusammenarbeit in der Gesundheitskonferenz, auf Ergebnisse der Planungsprozesse und auf deren Umsetzung hat, wird zur Zeit von der wissenschaftlichen Begleitung des Implementationsprozesses dieses Gesetzes untersucht (vgl. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW 2001).

2.3.2 Auf- bzw. Ausbau der Gesundheitsberichterstattung (GBE) als notwendige Grundlage einer rationalen, bedarfsorientierten Gesundheitspolitik und -planung und zur Herstellung von Transparenz im Gesundheitssystem

Vor dem Hintergrund, dass in vielen Arbeitsgruppen fundierte Bestandsaufnahmen und Bedarfsanalysen entstanden sind und überdies einige Gesundheitsberichte erstellt wurden, hat das Modellprojekt nach Ansicht der Begleitforschung zu einem Auf- bzw. Ausbau der kommunalen GBE beigetragen. Aus der Sicht der Evaluatoren kann allerdings von einer Etablierung der kommunalen GBE noch nicht gesprochen werden. Zwar wird der Stellenwert der GBE in der kommunalen Verwaltung und Politik mittlerweile höher eingeschätzt; knappe Ressourcen, fehlende Routinen, zum Teil ungeklärte Verantwortlichkeiten und Schwierigkeiten beim Zugang zu Datenquellen mit Kommunalbezug erschweren jedoch den Übergang von der Erstellung einzelner Spezialberichte zu einer kontinuierlichen kommunalen GBE als Basis zur Etablierung eines kommunalen Gesundheitsmanagements (vgl. Schnabel et al. 2000:121).

⁶⁴ Laut Zwischenbericht der Evaluation des ÖGDG des Landes NRW waren in Juni 2000 in 45 der 54 kreisfreien Städte bzw. Kreise des Landes NRW kommunale Gesundheitskonferenzen gemäß ÖGDG implementiert worden (vgl. Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW 2001:77).

2.3.3 *Förderung der organisations- und professionübergreifenden Koordination und Kooperation im Hinblick auf mehr Verzahnung und Vernetzung im Gesundheitssystem auf örtlicher Ebene und zwischen örtlicher und Landesebene*

Hinsichtlich dieses Teilziels stellen die Evaluatoren anhand ihrer Befragungsergebnisse fest, dass die organisationsübergreifende Zusammenarbeit zwischen den Netzwerkakteuren sich im Zuge des Modellprojektes in den meisten Kommunen verbessert hat. Verstärkte Transparenz und direktere Kommunikationswege haben in vielen Fällen zum Abbau von Misstrauen und Fehleinschätzungen beigetragen (vgl. Schnabel et al. 2000:122).⁶⁵

In einigen Kommunen ließ sich zudem eine „Entkoppelung von Handlungszielen und individuellem bzw. organisationsspezifischem Nutzenstreben“ erreichen. (vgl. Badura et al. 2000:194).

Die Evaluation weist allerdings darauf hin, dass eine Verstetigung dieser Entwicklung auch von Erfolgserlebnissen bei der Umsetzung gemeinsam entwickelter Handlungsempfehlungen abhängig ist (ebenda). Auch die Kommunikationsprozesse zwischen Kommune und Landesebene seien durch das Projekt zweifelsohne intensiviert worden, wobei dies auf die verschiedenen Kommunikationskanäle in unterschiedlichem Maße zutreffe:

„Soweit es die intergouvernementale Beziehung zwischen dem Landesministerium als Modellförderer und der kommunalen Verwaltung als Durchführungsinstanz betrifft, ist unter anderem durch zahlreiche projektbegleitende Veranstaltungen dafür gesorgt worden, daß Problemlagen, Perspektiven und Lösungsansätze direkter und effektiver von einer Ebene in die andere vermittelt werden können. Bezogen auf die innerorganisatorische Kommunikation der beteiligten Verbände und Organisationen zwischen Kommune und Landesebene sind im Zuge des Projektes jedoch einige Schwierigkeiten deutlich geworden. Insbesondere die Kommunikationswege von der kommunalen auf die Landesebene erwiesen sich als zum Teil wenig funktionsfähig“ (vgl. Schnabel et al. 2000:122).

Dieser Befund wird im Diskussionsteil nochmals aufgegriffen (vgl. Abschnitt 4 in diesem Kapitel).

⁶⁵ So hat sich z.B. aus einer Arbeitsgruppe der Münsteraner Gesundheitskonferenz ein jährlicher Fachaustausch zwischen Vertretern der ansässigen Krankenhäuser und der Stadtverwaltung entwickelt. Dort werden nicht nur Gesundheitsthemen angesprochen, sondern auch strukturelle Fragen, die sich z.B. mit der Verkehrs- und Bauplanung befassen (vgl. Vasia 2000:309).

2.3.4 *Entwicklung, Verabschiedung und Umsetzung von einvernehmlichen Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung*

Gemäß der im Modellprojekt verwendeten Definition ist eine Handlungsempfehlung eine Beschlussvorlage der Arbeitsgruppe an den Runden Tisch mit verbindlichen Angaben über Ziele, Aktivitäten, Koordination, Ergebnisse, Berichterstattung und Begründungszusammenhang der geplanten Maßnahmen (Schnabel et al. 2000:97). Sie stellen ein wichtiges Teilziel bzw. Zwischenergebnis des Umsetzungsprozesses der 'Ortsnahen Koordinierung' dar.

Hinsichtlich dieses Teilziels konstatiert die wissenschaftliche Begleitung, dass in allen Modellkommunen Handlungsempfehlungen entwickelt und verabschiedet worden sind.⁶⁶ Dabei zielen die meisten der geplanten Maßnahmen auf eine Informations- und Wissensvermittlung hin, d.h. auf Aktivitäten, welche die Kenntnis über das bestehende Angebotsspektrum in den jeweiligen Versorgungsbereichen oder die Qualifizierung der in der gesundheitlichen Versorgung tätigen Akteure verbessern sollen. Ebenso stark repräsentiert ist die Gruppe der Maßnahmen, die eine Erweiterung der Versorgungsstruktur vorsahen – allerdings hauptsächlich im Bereich Gesundheitsförderung (vgl. Tabelle 12, Seite 110).

⁶⁶ Es wurden insgesamt 81 Handlungsempfehlungen verabschiedet. Weil die Handlungsempfehlungen in vielen Fällen mehr als eine Maßnahme umfassten, musste die wissenschaftliche Begleitung eine schwerpunktmäßige Zuordnung zu den definierten Kategorien vornehmen. Sechs Handlungsempfehlungen erwiesen sich als derart heterogen, dass sie zwei Kategorien zugeordnet werden mussten. Auf diese Weise ergab sich die Fallzahl von N=87 (vgl. Schnabel et al. 2000:102).

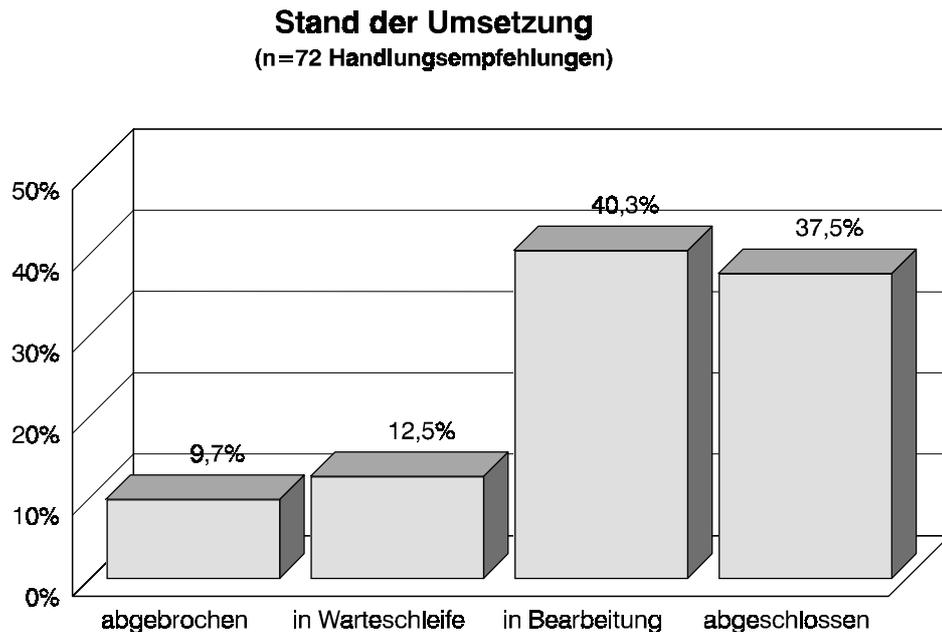
Tabelle 12: Kategorisierung der geplanten Maßnahmen nach Themenbereichen.

Thema	1. Maßnahmen zur Verbesserung der Daten- und Planungsgrundlagen	2. Maßnahmen zur Verbesserung der Information und des Wissens von Bürgern und Anbietern	3. Erweiterung der bestehenden Versorgungsstruktur/ neue Angebote	4. Entwicklung und Etablierung von spezifischen Koordinationsinstrumenten	5. Maßnahmen, die eine Umstrukturierung der Versorgungsstruktur zum Ziel haben	Gesamt in Prozent (%)
	<ul style="list-style-type: none"> - Erstellung von Gesundheitsberichten - Erstellung von Pflegebedarfsplänen 	<ul style="list-style-type: none"> - Erstellung von Wegweisern - Einrichtung von Informations- und Beratungsstellen 	<ul style="list-style-type: none"> - Impfkationen mit unterschiedlichen Zielgruppen - Aufbau einer neuen Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> - Dokumentationsbögen mit dem Ziel der Hilfeplanung und der Überleitung - Koordinationsstellen für den Bereich Gerontopsychiatrie/Arbeit für psychisch Kranke 	<ul style="list-style-type: none"> - Optimierung eines Versorgungsbereiches - Optimierung der Notfallversorgung psychische Kranker - Vernetzung der ambulanten rehabilitativen Dienste 	
Gesundheitsförderung	3	5	9		1	18 (20.7)
GBE	6	1				7 (8.0)
Psychiatrie	1	5	1	2	1	10 (11.5)
Kinder- und Jugendpsy.		1	3	1	1	6 (6.9)
Gerontopsychiatrie	1	4	1	1	2	9 (10.3)
Geriatric		2	2	3	2	9 (10.3)
Pflege	3			3		6 (6.9)
Drogen/ Sucht		1	1	2	3	7 (8.0)
Krankenhausplanung					2	2 (2.3)
Restkategorie	2	4	2	2	3	13 (14.9)
Gesamt Prozent (%)	16 (18.4)	23 (26.4)	19 (21.8)	14 (16.1)	15 (17.2)	87 (100)

(Quelle: Darstellung in Anlehnung an Schnabel et al. 2000: 104)

Hinsichtlich des Stands der Umsetzung der Handlungsempfehlungen zum Projektende (31.12.98) beziehen sich die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung auf Angaben aus insgesamt 72 Arbeitsgruppen. Der Stand der Umsetzung wurde danach entsprechend mit vier Kategorien beurteilt: abgebrochen, in Warteschleife, in Bearbeitung und abgeschlossen (vgl. Abbildung 9; Schnabel et al. 2000:106).

Abbildung 9: Umsetzungsstand der Handlungsempfehlungen zum Projektende.



Aus: Schnabel et al. 2000:107

Wie aus Abbildung 9 ersichtlich, sind von insgesamt 72 Handlungsempfehlungen 27 (37,5%) erfolgreich umgesetzt worden, in 29 Fällen (40,3%) war die Umsetzung in Bearbeitung und bei 16 Handlungsempfehlungen (22,2%) wurde die Umsetzung abgebrochen oder sie befanden sich in einer Warteschleife.

Die abgebrochenen Umsetzungsprozesse verteilen sich auf verschiedene Themenbereiche und zwar auf 'Gesundheitsförderung', 'Gerontopsychiatrie', 'Pflege', 'Sucht' und eine Restkategorie. Bei den bereits abgeschlossenen Umsetzungen dominiert der Bereich 'Gesundheitsförderung'⁶⁷, dem sechs der 27 abgeschlossenen Umsetzungen angehören (vgl. Schnabel et al. 2000:107). Für die sich zum Projektende 'in Warteschleife' befindenden Handlungsempfehlungen ist kennzeichnend, dass sie in ca. ein Viertel der Fälle eine Erweiterung oder Umstruk-

⁶⁷ Es handelt sich hier häufig um zeitlich befristete Projekte im Bereich der Gesundheitsförderung, für die auf kommunaler Ebene die zum Teil notwendigen Ressourcen beschafft werden konnten. Beispiele hierfür waren Impfaktionen, Gesundheitsförderungsprojekte im schulischen Kontext sowie ein Projekt zur Bewegungsförderung in Kindergärten (vgl. Schnabel et al. 2000:108).

turierung der Versorgung zum Ziel hatten. Der Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung geht davon aus, dass dieser Typ von Maßnahmen im Zuge seiner Umsetzung über die kommunale Zuständigkeit hinausging und dass die entsprechenden Entscheidungen (auf Landes- oder Verbandsebene) am Projektende noch ausstanden. Eine mögliche Ursache für diese Situation wird darin gesehen, dass die beteiligten Akteure in der Planungs- und Entscheidungsphase die jeweiligen Zuständigkeiten nicht ausreichend geprüft oder wichtige Entscheidungen und Zusagen z.B. bezüglich der Finanzierung zurückgestellt hatten (Badura et al. 2000:196). Dies betraf z.B. zwei Handlungsempfehlungen zum Thema 'Krankenhausplanung' sowie eine Empfehlung, die ärztliche Untersuchung bei der Kindertagenaufnahme mit der Früherkennungsuntersuchung U8 zu verbinden. Die Realisierung dieser Empfehlung erforderte die Zustimmung der GKV bzw. der Kassenärztlichen Vereinigungen, die bis zum Projektende nicht vorlag. Bei einem anderen Beispiel für die sich in Warteschleife befindenden Maßnahmen geht es um ein Modellprojekt zur ambulanten geriatrischen Rehabilitation, welches die Einrichtung eines mobilen ambulanten Rehabilitationsdienstes vorsah. Die zuständigen Landesverbände der Krankenkassen hatten eine Finanzierung mit der Begründung abgelehnt, dass zunächst die Ergebnisse eines anderen Modellprojekts abgewartet werden müssen (vgl. Schnabel et al. 2000:108).

In der Kategorie 'in Bearbeitung' sind – bis auf die Krankenhausplanung – alle Themenbereiche vertreten, wobei die meisten aus dem Bereich der GBE stammen (53,3%) (Schnabel et al. 2000:108).

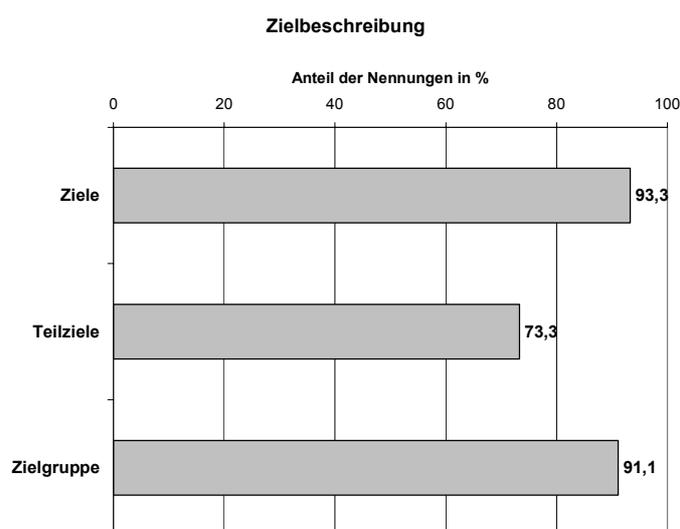
2.3.5 Optimierung von Planungs- und Entscheidungsprozessen im Hinblick auf ein planvolles, zielorientiertes Handeln der Akteure der Gesundheitspolitik (Etablierung eines Verfahrens zum kommunalen Gesundheitsmanagement)

Die Beurteilung der Funktionsfähigkeit der neu eingerichteten Netzwerkstrukturen als Plattform zur Realisierung eines kommunalen Gesundheitsmanagements stellte eines der zentralen Untersuchungsziele der Evaluation dar. Bei dieser Beurteilung wurden die Ergebnisse der Abstimmungs- und Planungsprozesse – die verabschiedeten Handlungsempfehlungen – als empirische Grundlage der Bewertung betrachtet. Diese dokumentieren die Fähigkeit der Gremien, die Situation in der kommunalen Gesundheitsversorgung zu analysieren und entsprechende zielorientierte Maßnahmen zur Verringerung von Defiziten in der Gesundheitsversorgung vor Ort abzuleiten (Schnabel et al. 2000:95). Die umfassende Analyse der Hand-

lungsempfehlungen hinsichtlich deren Anzahl, deren Aufbau und inhaltlicher Konsistenz, sollte folglich Aufschluss über das Ausmaß der Realisierung einer rationalen und zielorientierten Gesundheitsplanung als zentrale Komponente eines kommunalen Gesundheitsmanagements geben (Kapitel III, Teil B, Abschnitt 6.4.2). Dementsprechend sollten die Modellkommunen bei der Erstellung dieser Beschlussvorlagen u.a. Angaben zu den 'Hintergründen der vorgeschlagenen Maßnahmen' machen (Situationsanalyse), eine aussagekräftige 'Zielbeschreibung' vornehmen, die einzelnen 'Aktivitäten' zu deren Erreichung benennen sowie die 'Zuständigkeiten' bei der Realisierung der Maßnahmen (Koordinationsverfahren der Beteiligten in der Umsetzungsphase) festlegen (vgl. Schnabel et al. 2000:98f). Darüber hinaus sollten die Handlungsempfehlungen 'Indikatoren' bzw. 'Wirkungsparameter' benennen, die eine Evaluation bzw. Erfolgsmessung ermöglichen sollten. Schließlich sah das Planungsverfahren eine regelmäßige Berichterstattung über den Stand der Umsetzung im Kontext des Runden Tisches vor. Hierdurch sollten eventuelle Umsetzungsprobleme diskutiert und entsprechende Interventionen abgestimmt werden (ebenda).

Auf der Grundlage dieser Prämissen einer ziel- und ergebnisorientierten Planung konnte die wissenschaftliche Begleitung insgesamt 45 Handlungsempfehlungen einer Inhaltsanalyse unterziehen. Diese ergab u.a., dass die Arbeitsgruppen bei der Formulierung der Handlungsempfehlungen in den meisten Fällen konkrete Ziele (93,3 %) und Teilziele (73,3 %) sowie die anvisierten Zielgruppen (91,1%) benennen (vgl. Abbildung 10).

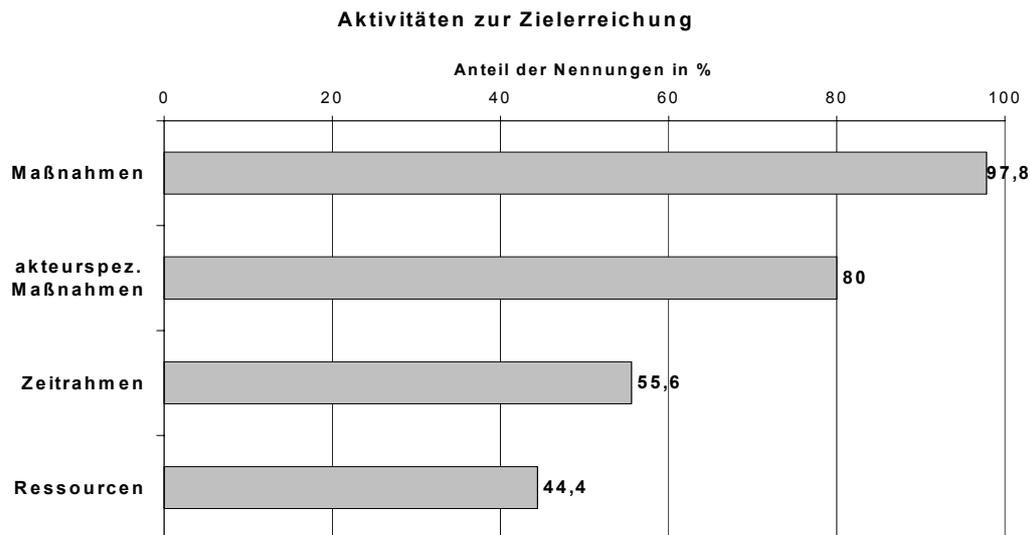
Abbildung 10: Zielangaben in den Handlungsempfehlungen



Aus: Schnabel et al. 2000: 99

Ebenso hoch ist der Anteil der Handlungsempfehlungen, die genaue Angaben zu den Aktivitäten zur Zielerreichung benennen. In diesem Zusammenhang auffällig ist jedoch die geringe Anzahl der Nennungen in den Bereichen 'Zeitraumen' und 'Ressourcen'.⁶⁸ Im gleichen Maße gering ist der Anteil der Empfehlungen, die Angaben über Indikatoren bzw. Wirkungsparameter machen (vgl. Abbildung 11) (vgl. Schnabel et al. 2000:101).

Abbildung 11: Angaben zu Aktivitäten zur Zielerreichung (N=45)



(Aus Schnabel et al. 2000:99)

Insgesamt ergibt die Inhaltsanalyse durch die wissenschaftliche Begleitung, dass ca. drei Viertel der bis Oktober 1997 verabschiedeten Handlungsempfehlungen sehr präzise Angaben zu allen zentralen Aspekten einer rationalen Planung machen. „Das heißt, die Ziele wurden konkretisiert, die Maßnahmen wurden dezidiert aufgeführt und verantwortliche Akteure zur Durchführung der notwendigen Einzelaktivitäten benannt. Bei ca. 25% der Handlungsempfehlungen fehlten hingegen wichtige, also für die spätere Umsetzung erforderliche Angaben“ (Schnabel et al. 2000:102). Allerdings konnte bei den zwischen Ende 1997 und Ende 1998 verabschiedeten Handlungsempfehlungen dokumentiert werden, dass die Kriterien einer nachvollziehbar rationalen und zielorientierten Gesundheitsplanung (Kapitel III, Abschnitt B, 6.4.2) weitestgehend Beachtung fanden, was nicht zuletzt auf Interventionen seitens des Projektträgers (Workshops, Planungshilfen etc.) zurückgeführt werden dürfte.

⁶⁸ Bezüglich der „Ressourcen“ wäre es möglich, dass die oft konfliktive Frage des Ressourcenansatzes in einigen Fällen aus strategischen Gründen ausgeklammert wurde. Ebenso möglich ist, dass die Ressourcenfrage

2.3.6 *Optimierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung in Problembereichen des kommunalen Gesundheitswesens*

Nachhaltige Auswirkungen umgesetzter Handlungsempfehlungen auf eine Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung in den Kommunen ließen sich in dem kurzen Zeitraum nicht nachweisen. Allerdings zeichneten sich in einzelnen Fällen positive Entwicklungen z.B. bei der Verbesserung des Impfschutzes, beim Ausbau komplementärer Dienste, in der ambulanten Rehabilitation oder in der Suchthilfe ab. Unabhängig von der begrenzten Projektlaufzeit ist jedoch kritisch zu bemerken, dass die untersuchten Handlungsempfehlungen in knapp 47 % der Fälle keine oder nicht ausreichenden Bewertungsgrundlagen (Indikatoren zur Erfolgsmessung, Wirkungsparameter) aufwiesen (vgl. Schnabel et al. 2000:100) und somit weder von den Initiatoren selbst noch von der wissenschaftlichen Begleitung evaluiert werden konnten.

Diese Erkenntnis wird in Kapitel V im Zusammenhang mit der Weiterentwicklung eines kommunalen Gesundheitsmanagements vertiefend diskutiert.

2.4 **Befunde aus den Zusammenhangsanalysen und der 'Tiefenevaluation' der wissenschaftlichen Begleitung.**

Um Zusammenhänge aufzudecken und um darüber hinaus zu kommunenübergreifenden gültigen Aussagen über die verschiedenen Aspekte der 'Ortsnahen Koordinierung' zu gelangen, wurden die untersuchten struktur-, prozess- und ergebnisbezogenen Indikatoren einer statistischen Verknüpfung unterzogen (vgl. Knesebeck, v.d. 2000)⁶⁹. Diese stützte sich auf in allen Modellkommunen erhobene quantitativen Daten. Von besonderer Relevanz im Kontext der vorliegenden Analyse sind die identifizierten Einflussfaktoren der Arbeits- bzw. Planungsprozesse sowie die daraus erzielten Ergebnisse. Diese werden anschließend – ergänzt durch Erkenntnisse aus der überwiegend qualitativ durchgeführten 'Tiefenevaluation' – wiedergegeben.

nicht explizit geklärt werden musste, weil eine Durchführung der Vorhaben ohne zusätzliche Mittel erfolgen konnte (Schnabel et al. 2000:100).

⁶⁹ Hinsichtlich der Durchführbarkeit einer statistischen Verknüpfung weisen die Evaluatoren auf die problematische Anwendung standardisierter Erhebungsinstrumente in zum Teil heterogenen kommunalen Kontexten hin. Dies führe in einigen Fällen „zu verkürzten und relativ globalen Informationen und Ergebnissen“. An dieser Stelle sei noch an die ausführliche Darstellung der Konzeption und der methodischen Vorgehenswei-

2.4.1 *Wesentliche Einflussfaktoren der Prozesse in den Arbeitsgruppen*

Die Ergebnisse der durchgeführten Zusammenhangsanalysen und der 'Tiefenevaluationen' zeigten u.a., dass die Arbeitsprozesse in den Arbeitsgruppen nicht nur von Engagement und Expertise der Teilnehmer und von der Qualität der zur Verfügung stehenden (Planungs-) Daten bestimmt wurden, sondern auch in erheblichem Maße vom gewählten Thema. So ist die Bearbeitung vergleichsweise 'weicher' Themen wie Gesundheitsförderung und GBE hinsichtlich der interindividuellen Interaktion und der erzielten Ergebnisse überdurchschnittlich positiv verlaufen (Siegrist et al. 2000¹:173). Die Bearbeitung konfliktträchtigerer Themen dagegen erwies sich als weniger fruchtbar:

„Insbesondere im ersten Teil der Projektarbeit wurden von einigen Runden Tischen bzw. Arbeitsgruppen Themen zur Behandlung vorgeschlagen, deren Zuständigkeit klar über die kommunale bzw. regionale Kompetenz hinausreichte. Dies galt beispielsweise für Fragen der Finanzierung von Maßnahmen durch Krankenkassen, Planungen im Bereich der stationären Versorgung und die Berührung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen. Solche Themenstellungen waren nicht nur eine Quelle von zum Teil deutlichen Konflikten in der Gremienarbeit, sondern sie führten auch zu erheblichen Verzögerungen und Frustrationen im Arbeitsprozeß, insbesondere durch mangelnde Bearbeitung und Rückmeldung bei überörtlichen Stellen. In solchen Fällen konnten auch Handlungsempfehlungen in dem vorgeesehenen Zeitraum nicht verabschiedet werden“ (Siegrist et al. 2000¹:173).

Verzögerungen und Schwierigkeiten im Arbeitsprozess wurden auch dort konstatiert, „(...) wo es nicht rechtzeitig gelang, alle für die jeweilige Aufgabenstellung relevanten Akteure dauerhaft einzubinden“ (ebenda). Darüber hinaus und entgegen der ursprünglichen Erwartungen konnte festgestellt werden, dass sich eine Integration vorhandener Koordinationsgremien bzw. Arbeitsgruppen in die neuen Netzstrukturen nicht immer positiv ausgewirkt hat.

Auch im Hinblick auf die Formulierung, Verabschiedung und Umsetzung von Handlungsempfehlungen konnte unsere wissenschaftliche Begleitung eine deutliche Abhängigkeit vom gewählten Thema konstatieren (vgl. Knesebeck, v.d. 2000:168). Als wesentlicher Einflussfaktor einer möglichst zügigen und strukturierten Bearbeitung des ausgewählten Problembereiches wurde darüber hinaus eine verbindliche Arbeitsteilung zwischen Geschäftsstelle, Arbeitsgruppenleitung und den Teilnehmern identifiziert. Eine solche Arbeitskonstellation kann folglich als wichtig für eine erfolgreiche Arbeit erachtet werden. Als ebenso von praktischer Relevanz für eine erfolgreiche Umsetzung von Maßnahmen stellte sich die inhaltliche Ausgestaltung der Handlungsempfehlungen heraus (vgl. Siegrist et al. 2000²:187).

se der statistischen Verknüpfung im Rahmen des Abschlussberichtes der wissenschaftlichen Begleitung hingewiesen (Knesebeck, v.d. 2000:123ff).

Diese kommunenübergreifend gültigen Erkenntnisse konnten durch die 'Tiefenevaluation' bestätigt und z.T. ergänzt werden. Diese ergab, dass - mit Ausnahme der Arbeitsgruppen, die sich ausschließlich mit dem Auf- bzw. Ausbau der GBE beschäftigten - die Mehrzahl der Arbeitsgruppen einvernehmliche Handlungsempfehlungen verabschieden konnten.

Hinsichtlich der ursprünglichen Intention des Modellprojekts, durch die Umsetzung der Handlungsempfehlungen auch einen Beitrag zu Verbesserungen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung beizutragen, heißt es im Abschlussbericht:

„Es war von vornherein klar, daß mit der Anlage und Laufzeit der wissenschaftlichen Begleitung zu diesen wichtigen Aspekten keine gesicherten Informationen beigetragen werden können. Hierzu zählen nicht nur Kontrollkommunen ohne ein entsprechendes Interventionsinstrumentarium, sondern ganz wesentlich auch eine entsprechende Datenbasis zur Morbidität der Bevölkerung (...) Längerfristig angelegte Verbesserungen der medizinischen und sozialen Versorgung und Betreuung können aus optimierten Planungsdaten und einer umfassenderen Bestandsaufnahme von Behandlungsbedürfnissen der Bürger in den Kommunen resultieren“ (Siegrist et al. 2000¹: 177f)

Diese nüchterne Feststellung wird relativiert durch eine insgesamt positive Bewertung der erreichten Ergebnisse (vor allem auf der Planungsebene) und der dadurch zu erwartenden Effekte, sowohl auf der Versorgungsebene als auch auf der sozialen, atmosphärischen Ebene der professions- und institutionsübergreifenden Kommunikation und Kooperation.

Bezüglich der 'sozialen Auswirkungen' der gelaufenen Prozesse bemerkt die wissenschaftliche Begleitung:

„Bei funktionalen Kommunikationsprozessen zur Zielerreichung in den Gremien erfahren Akteure, gewissermaßen nebenbei, die inhaltlichen Positionen, Sachzwänge und Definitionssituationen der anderen Akteure und ihrer Organisationen auf vertiefte Weise. Sie erhalten Einsicht in Welten, die ihnen möglicherweise bisher verschlossen blieben, und mit etwas Glück bildet sich so allmählich ein wechselseitiges Vertrauen und eine von Verständnis getragene Gesprächsatmosphäre heraus. Wir haben Anlaß zu der Vermutung, daß ein dabei entstehendes Kooperationsklima und eine damit einhergehende Dialogkultur wichtige Nebenprodukte des Modellvorhabens sind. Wie in anderen Politikbereichen ist auch hier die Bedeutung der Schaffung solcher 'vertrauensbildender Maßnahmen', und sei es lediglich auf lokaler Ebene, von kaum zu überschätzender Bedeutung“ (Siegrist et al. 2000¹:175).

Diese Schlussfolgerung wird zu einem späteren Zeitpunkt aus steuerungstheoretischer Perspektive vertiefend diskutiert und bewertet (vgl. Abschnitt 4 in diesem Kapitel).

3. Zusammenfassende Betrachtung der Ergebnisse

Lässt man die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung in Bezug auf die Ziele des Modellprojekts Revue passieren, so lässt sich für die Umsetzbarkeit einer 'Ortsnahen Koordinierung' – gemessen am Ausmaß der Zielerreichung – eine eher positive Bilanz ziehen (vgl. Tabelle 13).

Tabelle 13: Zentrale Ziele der 'Ortsnahen Koordinierung' und ihre Erreichung im Überblick

Teilziel	Grad der Zielerreichung		
	Ziel in allen Kommunen erreicht	Ziel in den meisten Kommunen erreicht	Ziel in den Meisten Kommunen nicht erreicht
a) Aufbau und Etablierung einer Managementstruktur auf kommunaler Ebene, bestehend aus dem 'Runden Tisch', Arbeitsgruppen und lokalen Geschäftsstellen.	x		
b) Auf- bzw. Ausbau der Gesundheitsberichterstattung (GBE).			x
c) Förderung der organisations- und professionsübergreifenden Koordination und Kooperation im Hinblick auf mehr Verzahnung und Vernetzung im Gesundheitssystem auf örtlicher Ebene und zwischen örtlicher und Landesebene.		x	
d) Optimierung von Planungs- und Entscheidungsprozessen im Hinblick auf ein zielorientiertes Handeln		x	
e) Entwicklung, Verabschiedung und Umsetzung von einvernehmlichen Handlungsempfehlungen zur Verbesserung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung		x	
f) Optimierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung in Problembereichen des kommunalen Gesundheitswesens	?	?	?

Quelle: Eigene Darstellung

So konnten die neuen Steuerungs- bzw. Managementstrukturen in allen Kommunen aufgebaut und etabliert werden. Die in Bezug auf die Etablierung der Interventionsinstrumente erzielten Befunde sind jedoch auch im Licht der neuen gesetzlichen Bestimmungen zu interpretieren. So ist im Land Nordrhein-Westfalen vor Ablauf des Modellprojektes ein neues Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Kraft getreten, das die Einrichtung von kommunalen Gesundheitskonferenzen (ein Äquivalent der beschriebenen Runden Tische) vorsieht (vgl.

Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) vom 25.11.1997 im Anhang; Knesebeck v.d. et al. 2001: 39).

Anders als beim ersten Teilziel des Modellprojekts kann von einer Etablierung der kommunalen GBE als Outcome des Modellprojekts nicht gesprochen werden. Die im Rahmen des Modellprojektes erstellten Gesundheitsberichte sowie Bestands- und Bedarfsanalysen haben zwar zu einem Auf- und Ausbau der kommunalen GBE beigetragen, jedoch erschweren knappe Ressourcen, fehlende Fachkenntnisse und Routine, ungeklärte Verantwortlichkeiten und Schwierigkeiten beim Zugang zu Daten mit Kommunalbezug den Übergang von der Erstellung einzelner Spezialberichte zu einer kontinuierlichen GBE (Badura et al. 2000:198). Vor diesem Hintergrund sehen die Evaluatoren in diesem Bereich für die nähere Zukunft den vorrangigsten Entwicklungsbedarf. Trotz dieses Befunds wird durch das Modellprojekt der Stellenwert der GBE in der kommunalen Verwaltung und Politik inzwischen höher eingeschätzt⁷⁰ (vgl. Knesebeck, v.d. et al. 2001: 39).

Im Zuge des Modellprojektes hat sich die organisations- und professionsübergreifende Zusammenarbeit zwischen den Gremienteilnehmern verbessert. Bezogen auf die innerorganisatorische Kommunikation der beteiligten Verbände und Organisationen zwischen kommunaler und Landesebene sind allerdings einige Schwierigkeiten dort deutlich geworden, wo die Entscheidungskompetenz auf überörtlicher Ebene angesiedelt war. Die Kommunikation zwischen der kommunalen und der Bezirks- und Landesebene erwies sich als zum Teil noch entwicklungsbedürftig.

Ebenso wenig zufriedenstellend war der Grad der Bürger-/Patientenbeteiligung in den Gremien der 'Ortsnahen Koordinierung' (vgl. Fuchs/Siegrist 2000:73).

Der in den eingerichteten Netzwerken vorgesehener Ansatz einer 'Beratungsbeteiligung nach dem Entsandtenmodell'⁷¹) ermöglicht zwar prinzipiell die Partizipation von Bürgern bzw. Patienten an Beratungs- und Entscheidungsprozessen am Runden Tisch und in den Arbeitsgruppen (Kapitel III, Abschnitt 3). Dieses Verfahren setzt allerdings ihre Organisation und die Existenz legitimer Vertreter voraus. Eine Bürgerbeteiligung nach dem Entsandtenmodell

⁷⁰ Diese Einschätzung wird nach Meinung der beteiligten Evaluatoren durch die Tatsache gestützt, dass die GBE nach §21 ÖGDG, ergänzt durch die §§8-10 AV-ÖGDG, zu einer Pflichtaufgabe der unteren Gesundheitsbehörden erhoben wurde. Gemäß §24 Abs. 3 ÖGDG wirkt die kommunale Gesundheitskonferenz an der GBE mit (vgl. Badura et al. 2000:198).

⁷¹ Das 'Entsandtenmodell' ist – neben dem Bestellungs- bzw. Ernennungsmodell – eines der am häufigsten angewandten Legitimationsmodelle für die gruppenmäßige Repräsentanz von Bürgern, Versicherten und Patienten. Es impliziert eine organisationsinterne Legitimation durch Wahl des zu entsendenden Vertreters (Francke/Hart 2001:64).

erscheint vor diesem Hintergrund in Zukunft „(...) allenfalls im Bereich konkret-krankheitsbezogener Interessen (insbesondere Selbsthilfeorganisationen) realisierbar, weil dort der Organisationsgrad verhältnismäßig hoch ist und sich lokale, regionale und (teilweise) nationale (Dach-)Organisationen gebildet haben.“ (Francke/Hart 2001:64).

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen verlangt eine breitere Bürger- und Patientenbeteiligung an gesundheitsrelevanten Themen vor Ort zusätzliche Anstrengungen – sowohl auf Seite der Laien als auch auf Seite der kommunalen Gesundheitsmanager. Diese Anstrengungen sollten sich zum einen darauf richten, die Frage der Organisation und Vertretung von Patienten auf kommunaler bzw. regionaler verstärkt anzugehen, und zum anderen darauf, zusätzliche Verfahren der Bürgerbeteiligung zu implementieren, die eine stärkere Partizipation von interessierten, nicht-organisierten Bürgern eher ermöglichen. Ein alternativer Ansatz für eine breite Bürgerpartizipation an versorgungsrelevanten Planungs- und Entscheidungsprozessen stellt das in dieser Arbeit diskutierte 'Erhebungsmodell' dar (vgl. Kapitel V, Abschnitt 5).

Hinsichtlich der Zielsetzung, Planungs- und Entscheidungsprozesse im Hinblick auf ein zielorientiertes Handeln zu optimieren, konnte die wissenschaftliche Begleitung insbesondere in der zweiten Erprobungsphase eine offenkundige Anlehnung an die idealtypische Vorgehensweise eines informationsgeleiteten und zielorientierten Gesundheitsmanagements feststellen. Dies wurde bei der Analyse der vorgelegten Handlungsempfehlungen deutlich. In allen Kommunen sind gemeinsame Handlungsempfehlungen aller Akteure entwickelt und verabschiedet worden. Dabei zielen die meisten der geplanten Maßnahmen auf eine Informations- und Wissensvermittlung hin, d.h. auf Aktivitäten, welche die Kenntnis über das bestehende Angebotsspektrum in den jeweiligen Versorgungsbereichen oder die Qualifizierung der in der gesundheitlichen Versorgung tätigen Akteure verbessern sollen. Ca. vierzig Prozent aller Handlungsempfehlungen sind innerhalb des Projektzeitraums umgesetzt worden; die meisten der übrigen befanden sich zum Projektende in Bearbeitung. Günstige Umsetzungschancen ergaben sich bei Maßnahmen, welche eine Verbesserung der Koordination (Überwindung von Schnittstellen- und Abstimmungsproblemen) zum Ziel hatten und zumeist in kommunale Zuständigkeit fielen. Ungünstig waren dagegen die Umsetzungschancen dort, wo eine Erweiterung oder Umstrukturierung der Versorgung angestrebt wurde, die zugleich die überörtliche Zuständigkeit berührte (dies betraf z.B. Maßnahmen, die die Strukturen und Prozesse der ambulanten und stationären Versorgung tangierten).

Die Inhaltsanalyse der Handlungsempfehlungen durch die wissenschaftliche Begleitung ergab, dass ca. drei Viertel der bis Oktober 1997 verabschiedeten Handlungsempfehlungen

weitgehend präzise Angaben zu allen zentralen Aspekten einer transparenten und nachvollziehbaren Planung machen. Allerdings enthielten nur 50 % der analysierten Handlungsempfehlungen die für die Erfolgskontrolle notwendigen Indikatoren bzw. Wirkungsparameter. Ebenso recht gering (60%) war der Anteil derjenigen Handlungsempfehlungen, die genaue Angaben zu vorangegangenen Situationsanalysen und spezifische Daten der Entwicklung von Zielen und Maßnahmen zu deren Erreichung enthielten. Diese 'Qualitätsmängel' der verabschiedeten Handlungsempfehlungen erschwerten oft nicht nur die eigene Evaluation der umgesetzten Maßnahmen, sondern behinderten auch die externe Bewertung durch die wissenschaftliche Begleitung.

Nachhaltige Auswirkungen umgesetzter Handlungsempfehlungen auf eine Optimierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung in den Kommunen ließen sich also nicht nur wegen der relativ kurzen Dokumentationszeit nicht nachweisen, sondern auch wegen der fehlenden Bewertungsgrundlagen. Allerdings zeichneten sich in einzelnen Fällen positive Entwicklungen z.B. bei der Verbesserung des Impfschutzes, beim Ausbau komplementärer Dienste, in der ambulanten Rehabilitation oder in der Suchthilfe ab.

Durch das 1998 in Kraft getretene Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG-NRW) wurden Koordinierungsaufgaben wie auch die Strukturen und der Tätigkeitsbereich der kommunalen Gesundheitskonferenz in ihren Grundzügen festgelegt. Zentrale Erprobungsbereiche des Modellprojektes 'Ortsnahe Koordination' haben damit eine Stärkung und institutionelle Absicherung erfahren (Knesebeck, v.d. et al. 2001: 40).⁷² In zahlreichen Kommunen Nordrhein-Westfalens sind inzwischen Gesundheitskonferenzen im Sinne des ÖGDG einberufen worden, wobei es sich mittelfristig zeigen wird, inwieweit die neue gesetzliche Grundlage Auswirkungen auf Modalitäten der Zusammenarbeit in der Gesundheitskonferenz, auf Ergebnisse der Planungsprozesse und auf deren Umsetzung haben wird. Diese und die Frage, inwieweit das neue Gesetz tatsächlich zu einer stärkeren Verankerung der 'Ortsnahen Koordination' führen wird, wird zurzeit von einer wissenschaftlichen Begleitung des Implementationsprozesses des ÖGDG in NRW untersucht⁷³ (vgl. hierzu Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW 2001).

⁷² Zur Erfüllung der neuen Aufgaben der 'Koordination' und der Einrichtung von kommunalen Gesundheitskonferenzen stellte das Land NRW den Kreisen und kreisfreien Städten von 1999-2001 insgesamt 8.910.000 DM zur Mitfinanzierung dieser neuen Pflichtaufgaben zur Verfügung (Wimmer, R. 2000:28).

⁷³ Der vorliegende Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung des Implementationsprozesses des ÖGDG in NRW enthält zu diesen Aspekten allerdings keine Aussagen.

4. Diskussion der Ergebnisse aus steuerungstheoretischer Perspektive und Konsequenzen für die Weiterentwicklung eines kommunalen Gesundheitsmanagements

Mit dem Modellprojekt 'Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung' führte das Land NRW einen groß angelegten Versuch durch, mittels dezentraler Netzwerkstrukturen Einfluss auf die zentralen Akteure des Gesundheitssystems im Sinne einer Kontextsteuerung auszuüben (vgl. Kapitel III, Abschnitt 6.4). Intendiert war nicht eine direkte Einflussnahme der Netzwerkakteure, sondern deren Anregung zur Selbststeuerung im Sinne der Projektzielsetzung. Akteure aus verschiedenen Teilsystemen mit unterschiedlichen Wahrnehmungsmustern, Denkformen, Motiven und Interessen sollten vernetzt und zur Interaktion angeregt werden. Mit dem Ansatz einer Kontextsteuerung mittels gesundheitsbezogener Netzwerke erhoffte sich die Politik konkret eine Rückwirkung auf das Planungs- und Kooperationsverhalten sowie auf die Kommunikation und Handlungslogik der beteiligten Organisationen bzw. Teilsysteme mit dem Ziel, die Koordination und Kooperation, aber auch die Transparenz und die Zielorientierung im Gesundheitssystem zu verbessern.

Intervenierte wurde zum einen über finanzielle Zuwendungen zur Einrichtung und Förderung der Netzwerkstrukturen und zum anderen über die Gestaltung der Interaktionsbedingungen und die Vermittlung von Beratungsleistungen durch die Akteure des Interventionssystems.

Als besonders relevant für die Realisierung einer 'Ortsnahen Koordinierung' wurde oben die Gestaltung der Interaktions- und Arbeitsbedingungen durch die Politik thematisiert. In diesem Zusammenhang – und aus der Perspektive der vorliegenden Fragestellung⁷⁴ betrachtet – wurde die Vorgabe eines Handlungsmodells zur Systematisierung der Planungs- und Entscheidungsprozesse in den Netzwerkstrukturen als Grundstein für die Etablierung eines 'kommunalen Gesundheitsmanagements' identifiziert.

⁷⁴ Vgl. Kapitel II, Abschnitt 3.1.1

Wie die zusammenfassende Betrachtung der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung gezeigt hat, konnte die grundsätzliche Funktionsfähigkeit und Akzeptanz der implementierten gesundheitsbezogenen Netzwerke bestätigt werden, was nicht zuletzt empirisch an der kontinuierlichen Teilnahme der Akteure am Runden Tisch sowie an der Anzahl und – im Verlauf des Projekts gestiegenen – Qualität der Handlungsempfehlungen belegt werden konnte. Darüber hinaus hat sich im Zuge des Modellprojekts die organisationsübergreifende Zusammenarbeit zwischen den Netzwerk-Akteuren in den meisten Kommunen verbessert. Verstärkte Transparenz und kürzere Kommunikationswege trugen in vielen Fällen dazu bei, Misstrauen und Fehleinschätzungen abzubauen (vgl. Abschnitt 2.3.3 in diesem Kapitel). Auch eine „Entkopplung von Handlungszielen und individuellem bzw. organisationsspezifischem Nutzenstreben“ konnte in einigen Kommunen beobachtet werden (vgl. Abschnitt 2.3.3 in diesem Kapitel; darüber hinaus Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW 2000:262-311). Somit lässt sich prinzipiell belegen, dass durch die 'weichen' Steuerungsversuche der zuständigen Politik – zumindest in einigen Kommunen – die Grundlagen für eine Vertrauenskultur geschaffen werden konnten. Allerdings weist die nähere Betrachtung der Implementationsprobleme auch deutlich auf die Schwachstellen und Grenzen des implementierten Ansatzes hin. Aus steuerungstheoretischer Perspektive betrachtet und im Hinblick auf die Weiterentwicklung einer ortsnahen Managementstrategie im Gesundheitswesen, sind insbesondere zwei Problembereiche relevant. Der erste Problembereich betrifft die innerorganisatorische Kommunikation zwischen kommunaler und überörtlicher Ebene (4.1), der zweite die Implementation eines zielorientierten Handlungsmodells zur rationalen Gestaltung des örtlichen Versorgungssystems, also die Realisierung eines kommunalen Gesundheitsmanagements im engeren Sinne (4.2).

Im Folgenden werden diese Problembereiche analysiert und im Hinblick auf die daraus zu ziehenden Konsequenzen diskutiert.

4.1 Zur innerorganisatorischen Kommunikation zwischen kommunaler und überörtlicher Ebene

Anhand der verabschiedeten Handlungsempfehlungen konnte bestätigt werden, dass die innerhalb der gesundheitsbezogenen Netzwerke der 'Ortsnahen Koordinierung' verfügbaren Informationen mit kommunalem Bezug strategisch eingesetzt wurden und als Grundlage gezielter Handlungsempfehlungen dienten. Diese Maßnahmenkataloge betrafen jedoch in ihrer

Mehrheit jene Versorgungsbereiche und Handlungsfelder, die traditionell zu den Gestaltungsfeldern der kommunalen Selbstverwaltung bzw. der auf kommunaler bzw. regionaler Ebene agierenden Gesundheitsämter gehören, so z.B. die Verbesserung der Beratungssituation und der Koordination sozialer und psychiatrischer Dienste, die Prävention bzw. die Gesundheitsförderung, die GBE, die Beratung und Versorgung Suchtkranker etc. (vgl. Abschnitt 2.3.4). Dieses Ergebnis kann dennoch positiv gedeutet und bewertet werden, denn sie liefern den Nachweis dafür, dass eine abgestimmte, bedarfsorientierte kommunale Gesundheitspolitik in den kommunenspezifischen Handlungsfeldern möglich ist, und erfolgreich sein kann. Dies ist nicht zuletzt im Hinblick auf die Etablierung einer gesundheitsförderlichen Gesundheitspolitik auf kommunaler Ebene von erheblicher Bedeutung.⁷⁵ Die entstandenen Maßnahmen bzw. Projekte sind in Anbetracht der Vielzahl der gesundheitsbezogenen Organisationen im kommunalen Kontext und der „Atomisierung und Zersplitterung von Zuständigkeiten“ und Trägerschaften im kommunalen Gesundheitswesen nicht zu unterschätzen (vgl. Badura/Lenk 1986:37; Trojan 1999:780). Allerdings ist damit aber deutlich geworden, dass mittels einer 'weichen Steuerung' allein Veränderungen bzw. Verschiebungen in bestehenden Hierarchien, Machtverhältnissen und Entscheidungsbefugnissen, wenn überhaupt, nur mühsam und unter Einsatz erheblicher materieller (Finanzmittel, Infrastruktur, etc.) und ideeller Ressourcen („Erziehungsprogramme“⁷⁶; Überzeugungsarbeit, Zeit) erzielt werden können. Die Feststellung nämlich, dass Umsetzungsprobleme insbesondere Maßnahmen betreffen, die überörtliche Planungs- und Entscheidungsstellen tangieren, spricht für eine wenig erfolgreiche Anregung zur Selbststeuerung bei den entsendenden Organisationen bzw. Teilsystemen auf überörtlicher Ebene. Die Erwartung, dass durch die Gestaltung der Interaktionsbedingungen auf kommunaler Ebene im Hinblick auf mehr Transparenz, Kooperation und Zielorientierung eine Feinsteuerung⁷⁷ der gesundheitlichen Versorgung bottom up erreicht werden könnte, lässt sich – zumindest anhand der umgesetzten Handlungsempfehlungen – nicht bestätigen. In der Tat zeigen die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung, dass vor allem Maßnahmen, die ausschließlich bzw. vorwiegend die Zuständigkeit der Kommunen bzw. der Gesundheitsämter betrafen, erfolgreich umgesetzt wurden. So ist die Bearbeitung vergleichsweise 'weicher' Themen aus den Bereichen 'Gesundheitsförderung' und 'GBE' hinsichtlich der Kooperation und der erzielten Ergebnisse überdurchschnittlich positiv verlaufen (Siegrist et al.

⁷⁵ Vgl. Kapitel I, Abschnitt 1.3

⁷⁶ Willke 1989:121

⁷⁷ Feinsteuerung wurde oben definiert als eine korrigierende und ergänzende Steuerung des Gesundheitssystems bottom up, d.h. von der kommunalen Ebene ausgehend und unter Berücksichtigung der spezifischen Bedarfslagen vor Ort (vgl. Kapitel I, Abschnitt 2).

2000¹:173). Die Bearbeitung von Themen, deren Zuständigkeit über die kommunale bzw. regionale Kompetenz hinausreichte, erwies sich dagegen als wenig fruchtbar (vgl. Abschnitt 2.4.1 in diesem Kapitel). Diese Tatsache markiert eindeutig die Grenzen der implementierten gesundheitsbezogenen Politik-Netzwerke in Bezug auf den vom Projektträger anvisierten 'Innovationsschub' von unten nach oben (vgl. Badura et al. 2000:196). Die Intention der Politik, durch Kontextsteuerung darauf hinzuwirken, dass die Netzwerkakteure Formen der Selbststeuerung entwickeln, die miteinander kompatibel sind und einen regionalen bzw. kommunalen 'Mehrwert' in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung abwerfen, konnte somit nur zum Teil erfüllt werden.⁷⁸

Dieser Befund bestätigt Erkenntnisse der Akteurstheorie, denen zufolge Selbststeuerungs- und Selbstorganisationsprozesse selten ohne staatliche Interventionen und Maßnahmen funktionieren (Mayntz/Scharpf (Hrsg.) 1995:26). Infolgedessen argumentieren die Autoren, dass neben Politik-Netzwerken, hierarchische Steuerungsformen notwendig sind, mit deren Hilfe der Staat 'direktiv' und 'tonangebend' bei unzureichender Koordination und Selbststeuerung intervenieren kann und sollte (vgl. Kapitel III, Abschnitt 6.3.1). Im Falle der 'Ortsnahen Koordinierung' ist die Verabschiedung des ÖGDG – noch im Verlauf des Modellprojekts – tatsächlich als Versuch zu bewerten, den Ansatz einer Kontextsteuerung mittels eines klassischen Steuerungsmittels (Gesetzgebung) zu flankieren. Hiermit wurden die Interaktionsbedingungen stärker formalisiert und mit einer stärkeren Verbindlichkeit versehen.⁷⁹ Allerdings ändert auch dieses Gesetz wenig an den bestehenden Zuständigkeiten und Handlungsspielräumen der kommunalen Politik-Netzwerke und insbesondere ihrer Kernelemente, den kommunalen Gesundheitskonferenzen. Konsens und Selbstverpflichtung konstituieren auch unter den neuen rechtlichen Rahmenbedingungen die zentralen Handlungsprinzipien dieser Gremien.⁸⁰ Hierdurch bleibt die Gefahr von Blockaden und von einem bewusst 'verschleppten' Informationstransfer von der kommunalen auf die übergeordneten Entscheidungsebenen des Gesundheitssystems bestehen.

⁷⁸ Von ähnlichen Ergebnissen berichtet Ulrich (1994) in Zusammenhang mit der Durchführung von Regionalkonferenzen in NRW und Niedersachsen mit dem Ziel der ökonomischen und ökologischen Erneuerung durch die Mobilisierung und Bündelung regionseigener Entwicklungskräfte (Ulrich 1994:171).

⁷⁹ Durch diese Gesetzgebung wurden die kommunalen Konferenzen und die kommunale Gesundheitsberichterstattung als Pflichtaufgaben der 'unteren Gesundheitsbehörden' zur Erfüllung nach Weisung flächendeckend eingeführt.

⁸⁰ Vorgreifliche Bundesgesetze lassen in der Tat nicht zu, die Teilnehmer der Gesundheitskonferenzen zu formalisierten Kooperationen und/oder zu einer stärkeren Koordination ihrer Aktivitäten zu verpflichten. Wimmer (2000) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass zu den im SGB V definierten Aufgaben der Kassen- und kassenärztlichen Vereinigungen nicht die Aufgabe gehört, „(...) sich in kommunalen Gesundheitskonferenzen an der 'Ortsnahen Koordinierung' zu beteiligen (Wimmer 2000:29). Ähnliches gelte für die stationären Einrichtungen. Diese sind nach § 1 KHG zu einer wohnortnahen Versorgung der

Diese Feststellung basiert nicht zuletzt auch auf Erfahrungen in vergleichbaren Verhandlungssystemen im Kontext des Gesundheitswesens auf Bundes- und Landesebene. So konstatiert Kühn (2001) retrospektiv mit Bezug auf den aktuellen Reformansatz einer 'integrierten Versorgung':

„In der Vergangenheit wären geeignete Schritte zur Integration sicher an den mit dem Sicherstellungsauftrag verbundenen sektoralen Vetopositionen gescheitert, falls man sie ernsthaft unternommen hätte. Die starken Vetopositionen erzwangen bislang auch, dass die etablierten 'Konferenzen' wie die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Bundesebene) oder die bestehenden Landesgesundheitskonferenzen nach dem Prinzip der Konsensbildung funktionierten, d.h. ein Vetorecht für alle vorgesehen war. Die konzertierte Aktion hat dabei nahezu gänzlich ihre 'Konzertierungsfunktion' eingebüßt. Die Landesgesundheitskonferenzen haben – trotz positiver Ansätze zur **konsensualen Systemsteuerung** – nur begrenzte politische und operative Wirksamkeit. Konsens ist bei der Komplexität der meisten gesundheitspolitischen Entscheidungsprobleme überaus erstrebenswert, jedoch führen zu starke Vetopositionen dazu, dass er von ihren Inhabern nicht gesucht werden muß. Integrationskonzepte müssen darauf Antworten finden“ (Kühn 2001:56).

Vor diesem Hintergrund erscheint eine konsequentere Regionalisierung bzw. Kommunalisierung der Gesundheitspolitik und Planung – wie sie nicht zuletzt mit Blick auf die 'integrierte Versorgung' unumgänglich sein wird – ohne zusätzliche Planungs- und Entscheidungskompetenzen der kommunalen Gesundheitsnetzwerke unrealistisch. Nur wenn diese Steuerungsinstrumente die Legitimation erlangen, die örtliche ambulante medizinische Versorgung mitzugestalten, werden sie ihre gesundheitspolitische Wirksamkeit und Integrationsfähigkeit entfalten. Nur so werden sie darüber hinaus – mittels einer geeigneten kommunalen GBE – eine effektivere Informations- und Steuerungsfunktion für neue Versorgungsformen übernehmen können. Dass eine solche Art von Regionalisierung bzw. Kommunalisierung möglich ist, beweisen nicht nur Finnland und andere skandinavische Länder wie Schweden und Dänemark.⁸¹ Auch die Regionalisierungsdiskussion der 80er Jahre hierzulande liefert diskussionswürdige Ansätze und Argumente (vgl. Kapitel VI).

Eine Erweiterung der Planungs- und Entscheidungskompetenzen der Kommunen im Bereich der Gesundheitsplanung impliziert allerdings erhebliche Modifikationen der bestehenden Zuständigkeitsregelungen im deutschen Gesundheitswesen und damit die grundlegende Refor-

für die stationären Einrichtungen. Diese sind nach § 1 KHG zu einer wohnortnahen Versorgung der Bevölkerung aufgerufen, nicht aber zur Teilnahme an örtlichen Gesundheitskonferenzen verpflichtet (ebenda).

⁸¹ Charakteristisch für Finnland ist die lange Tradition der kommunalen Selbstverwaltung, die sich auch in den Strukturen des Gesundheitswesens widerspiegelt. So haben die 448 Kommunen im Lande das Recht und die Pflicht zur Sicherstellung von Bildung, sozialer und gesundheitlicher Leistungen. Hierfür erhalten die Gemeindeverwaltungen nach Bevölkerungszahl, Bevölkerungsdichte, Altersstruktur, Morbidität etc. gewichteten Budgets zur Sicherstellung der entsprechenden Dienste (vgl. European Observatory on Health Care Systems 2001– Länderberichte. Online available: www.observatory.dk (finland); Saltman, R. 1998: Evolving Roles of the National and Regional Governments in the Swedish Health Care System. In: Powell/Wessen (Eds.): Health Care Systems in Transition. Thousands Oaks, London

mierung bundesrechtlicher Vorschriften. Derart weitreichende Veränderungen sind zum gegenwärtigen Zeitpunkt kaum absehbar. Infolgedessen bleibt das in diesem Abschnitt diskutierte Problem kommunaler Netzstrukturen mit Gesundheitsbezug – die Kommunikation zwischen kommunaler und überörtlicher Ebene – für das Erste bestehen. Dessen 'Lösung' hängt weiterhin vom 'good will' und vom Engagement der beteiligten Akteure abhängig.

4.2 Probleme mit der Implementation eines Modells zum kommunalen Gesundheitsmanagement

Hinsichtlich der Implementation eines Modells zum kommunalen Gesundheitsmanagement haben die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung insbesondere auf zwei Defizite hingewiesen, die einer weiteren Etablierung eines solchen Modells hinderlich sind: Zum einen

- der Entwicklungsstand der kommunalen GBE, und
- die unzureichende Berücksichtigung zentraler Kriterien der ziel- und ergebnisorientierten Planung (z.B. das Fehlen von Erfolgsindikatoren bei einem erheblichen Teil der Handlungsempfehlungen).⁸²

Da letzteres nach der Logik des Managementzyklus einen nachgeordneten Planungsschritt darstellt, dessen Beachtung im Zuge eines angesetzten Lernprozesses zu erwarten ist⁸³, wird im Folgenden ausschließlich das zentrale Problemfeld 'kommunale GBE' fokussiert. Die Diagnose und Dokumentation der gesundheitlichen Lage und der Versorgungssituation vor Ort galt und gilt im Kontext der 'Ortsnahen Koordinierung' als zentrale Voraussetzung für die Realisierung eines bedarfsorientierten Gesundheitsmanagementprozesses. Sie war und ist somit auch die Grundbedingung zur Realisierung einer bottom up Optimierung und Feinsteuerung von Strukturen und Prozessen des Gesundheitssystems (vgl. Bösche 2000:13).

Im Gegensatz zum im obigen Abschnitt 4.1 thematisierten Kommunikationsproblem zwischen örtlicher und überörtlicher Ebene (Land und Verbände), standen und stehen der Weiter-

⁸² Der Umstand, dass die wissenschaftliche Begleitung der 'Ortsnahen Koordinierung' hinsichtlich der Effekte der umgesetzten Maßnahmen keine verlässlichen Aussagen machen konnte lag u.a. daran, dass nur knapp 50 % der analysierten Handlungsempfehlungen die für die Erfolgskontrolle notwendigen Indikatoren bzw. Wirkungsparameter enthielten. Dies muss retrospektiv betrachtet als großes Versäumnis im Implementationsprozess bewertet werden. Die Definition von Indikatoren als zentraler Aspekt eines ziel- und ergebnisorientierten Planungsprozesses ist die Bedingung für eine Evaluation. Erst durch eine angemessene Evaluation wiederum, werden aus Strukturen und Prozessen eines kommunalen Gesundheitsmanagements 'lernende Systeme', die sich regelmäßig über Angemessenheit, Effektivität und Effizienz der ergriffenen Maßnahmen und Programme informieren (vgl. Badura 1999¹:112).

⁸³ (vgl. Kapitel III, 6.4.2)

entwicklung der GBE keinerlei rechtliche oder institutionelle Grenzen im Wege. Implementationsprobleme auf diesem Feld beruhen zumeist – wie am Beispiel der Kommunen im Rahmen des Modellprojekts 'Ortsnahe Koordinierung' illustriert – auf dem Fehlen ausreichender bzw. geeigneter finanzieller, personeller und informationeller Ressourcen (sprich Daten mit kommunalen Bezug) sowie auf unzureichendem Know-How (Badura et al. 2000:198). Nichtsdestotrotz kam dem Auf- bzw. der Ausbau der kommunalen GBE im Rahmen des Modellprojekts eine besondere Bedeutung zu. Dies konnte an dem hohen Anteil an Handlungsempfehlungen festgestellt werden, die Maßnahmen zur Verbesserung der Daten- und Planungsgrundlagen vorsahen (vgl. Tabelle 12, Seite 110). Dennoch konnten in diesem Zielbereich die Erwartungen des Modellträgers – bis auf einige Ausnahmen – nicht erfüllt werden. Ein Grund dafür liegt sicherlich an der Ausgangssituation in diesem Problemfeld zu Projektbeginn. Diese zeichnete sich dadurch aus, dass in den meisten Modellkommunen keine umfassenden themen- und populationsübergreifenden Gesundheitsberichte bzw. Bestandsaufnahmen existierten, wobei in der Regel lediglich einzelne Spezialberichte zu verschiedenen Themenbereichen vorlagen (vgl. Fuchs/Siegrist 2000:59). Angesichts dieser Tatsache stellt sich die Frage, ob die Akteure in den neu eingerichteten gesundheitsbezogenen Politik-Netzwerken überhaupt über jene Informationen verfügten, die eine Identifizierung und Mobilisierung eigener Entwicklungspotenziale und Handlungsspielräume hätten erlauben können. Handlungsleitende Informationen zur gesundheitlichen Lage und zum Versorgungsstand sind – den Prämissen eines rationalen Planungs- und Managementprozesses entsprechend – eine zentrale Voraussetzung zur 'Anregung reflexiver Prozesse' bei den einzelnen Akteuren und gleichzeitig die Basis für ein kooperatives und koordiniertes Handeln im Kontext des Versorgungssystems: Nur wenn man möglichst genau weiß (und auch objektiv und überzeugend darlegen kann), wo Handlungsbedarf in der Kommune bzw. Region besteht, können die Akteure in den Politik-Netzwerken abwägen, ob und wie sie zur Lösung oder Verringerung eines Versorgungsproblems im weitesten Sinne beitragen können und wollen, ob sie dabei einen Vorteil erzielen oder eher Nachteile zu erwarten haben und/oder ob sie bereit sind, ihre organisatorischen Eigeninteressen „hinter das Wohl der Region zurückzustellen“ (Ulrich 1994:177). Mit anderen Worten: Selbststeuerung als Ergebnis reflexiver Prozesse bedarf – neben der grundsätzlichen Koordinations- und Kooperationsbereitschaft – ausreichender, objektiver und handlungsleitender Informationen zur gesundheitlichen Lage und zu Versorgungsproblemen in der Kommune bzw. in der Region.

Von diesem Grundsatz ausgehend stellt der weitere Aufbau bzw. Ausbau der GBE eine (wenn nicht die wichtigste) Voraussetzung für eine Optimierung der 'Ortsnahen-Koordinierungs-

Strategie' im Hinblick auf ein bedarfsgerechtes und nachvollziehbares kommunales Gesundheitsmanagement dar.

Die Entwicklung in diesem Bereich darf von den Kommunen allerdings nicht – wie bislang vielerorts zu beobachten – als isolierte 'Pflichtaufgabe' angegangen werden, sondern sie muss als kontinuierliche Routinearbeit zur Schaffung einer Planungs- und Entscheidungsgrundlage für das Gesundheitsmanagement vor Ort und für die bottom up Feinsteuerung übergeordneter Planungsprozesse vollzogen werden. Die Kommunen müssen darüber hinaus GBE als Chance begreifen, sich als gesundheitspolitischer Akteur mit profunden Kenntnissen der gesundheitlichen und Versorgungslage 'vor Ort' zu profilieren. Dies würde die Wahrscheinlichkeit erhöhen, dass die für die ambulante und stationäre Versorgung vor Ort zuständigen Akteure – nicht zuletzt aus strategischen Gründen – die in den Kommunen entstandenen Situationsanalysen, Bestandsaufnahmen und Gesundheitsberichte zur Kenntnis nehmen und als mögliche (zusätzliche) Planungsgrundlagen heranziehen. Der Gesetzgeber könnte einen solchen Prozess wiederum durch die Einführung einer Art formeller 'Konsultationspflicht' unterstützen, die beispielsweise die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen⁸⁴ dazu verpflichten, kommunale Gesundheitsberichte bzw. Bedarfsanalysen in ihre Verhandlungen einzubeziehen. Somit könnten die Kommunen – zumindest indirekt – an der Gestaltung 'ihrer' gesundheitlichen Versorgung mitwirken. Für die Nutzung dieser Chance sprechen nicht nur die gegebenen rechtlichen Spielräume⁸⁵, sondern zwei zentrale logistische Vorteile, die die Kommunen gegenüber den traditionellen 'Datenhaltern' – den Kostenträgern, den Standesorganisationen den Leistungserbringern sowie den Ländern – für sich nutzen können:

- die Nähe zu bzw. die bessere Kenntnis von Versorgungsproblemen sowie ihre möglichen Ursachen, und
- die Bürgernähe

Allerdings erfordert die intelligente Nutzung dieser komparativen Vorteile ein Überdenken der bisherigen Praxis in der kommunalen GBE, die sich insbesondere durch eine mangelnde Kontinuität, durch eine starke Themenzentrierung und durch eine mangelnde Berücksichtigung der Bürgerperspektive auszeichnet.

⁸⁴ Diese Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung ergänzen die Richtlinien des Bundesausschusses hinsichtlich bezirklicher Besonderheiten. Insbesondere obliegt ihnen festzustellen, ob eine Überversorgung vorliegt, und bei Überschreiten des bedarfsgerechten Versorgungsgrads um 10% Zulassungsbeschränkungen anzuordnen.

⁸⁵ Die meisten der neuen Ländergesundheitsgesetze sehen „Gesundheitsberichterstattung“ als Pflichtaufgabe vor (vgl. Grunow/Grunow-Lutter 2000:13ff).

Unter Berücksichtigung dieser und anderer problematischer Aspekte der kommunalen GBE wird im nachfolgenden Kapitel ein Public Health-orientierter Ansatz zur Optimierung und Systematisierung des Prozesses einer gesundheitsbezogenen kommunalen Diagnose skizziert. Ausgehend von einem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit (WHO 1946)⁸⁶, orientiert sich der zu beschreibende Ansatz konzeptionell sowohl an das Verfahren eines 'Community Health Assessment' (Caesar et al. 2000) als auch auf das Triangulationsmodell von Schopper et al. (2000). Ziel ist es hierbei weniger ein 'fertiges' Konzept zur kommunalen GBE vorzulegen, als vielmehr die anstehende Entwicklungsarbeit auf diesem Feld durch einen handlungsorientierten, den kommunalen Bedingungen berücksichtigenden Ansatz anzustoßen und die konzeptionelle Diskussion zu diesem Thema voranzutreiben.

⁸⁶ Die WHO definierte 'Gesundheit' in der Präambel ihrer Verfassung von 1946 als „the state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity“ (Ahmed /Kolker 1979).

Kapitel V: Die Diagnose der gesundheitlichen Lage als zentrale Aufgabe des kommunalen Gesundheitsmanagements – konzeptionelle Überlegungen zu ihrer Ausgestaltung aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive

Wie in Kapitel III (Abschnitt 6.4.2) postuliert, ist das Procedere im Kontext des kommunalen Gesundheitsmanagements durch die Orientierung an der Vorgehensweise einer lernorientierten und zielgeleiteten Managementkonzeption systematisierbar. Danach sind bei der Umsetzung eines kommunalen Gesundheitsmanagements vier Kernprozesse zu differenzieren,

- ➔ Diagnose/Situationsanalyse in der Kommune
- ➔ Maßnahmenentwicklung/Interventionsplanung
- ➔ Interventionsdurchführung/Prozessevaluation
- ➔ Erfolgsbewertung/Ergebnisevaluation

Im Kontext dieser Managementkonzeption kommt dem Diagnoseprozess eine Schlüsselfunktion zu. Eine umfassende und handlungsorientierte Diagnose der Ist-Situation in einer bestimmten Kommune bzw. Region hinsichtlich des Gesundheitszustands einer Bevölkerung, hinsichtlich gesundheitsbedrohender Faktoren und hinsichtlich des Zustands bzw. der Qualität des gesundheitlichen und sozialen Versorgungssystems ist die Voraussetzung für eine adäquate Problemwahrnehmung und -definition, für die Ursachenanalyse und schließlich für eine bedarfsgerechte Maßnahmeplanung. Sie ist folglich die Grundlage zur Schaffung von Informations- und Entscheidungshilfen für das kommunale Gesundheitsmanagement und gleichzeitig die Basis einer auf kontinuierliche Fortschreibung ausgelegten kommunalen Gesundheitsberichterstattung.

Wie am Entwicklungsstand der kommunalen GBE der im Modellprojekt 'Ortsnahe Koordination' betrachteten Modellkommunen erkennbar, kann von einer Etablierung und Routinisierung des Prozesses einer themenübergreifenden, kontinuierlichen kommunalen Diagnose der gesundheitlichen Lage nicht die Rede sein. Vor diesem Hintergrund – und im Hinblick auf die Weiterentwicklung eines kommunalen Gesundheitsmanagements – wird sich das vorliegende Kapitel der Strukturierung und Systematisierung des Diagnoseprozesses aus Public Health-Perspektive zuwenden und entsprechende Vorschläge vorstellen.

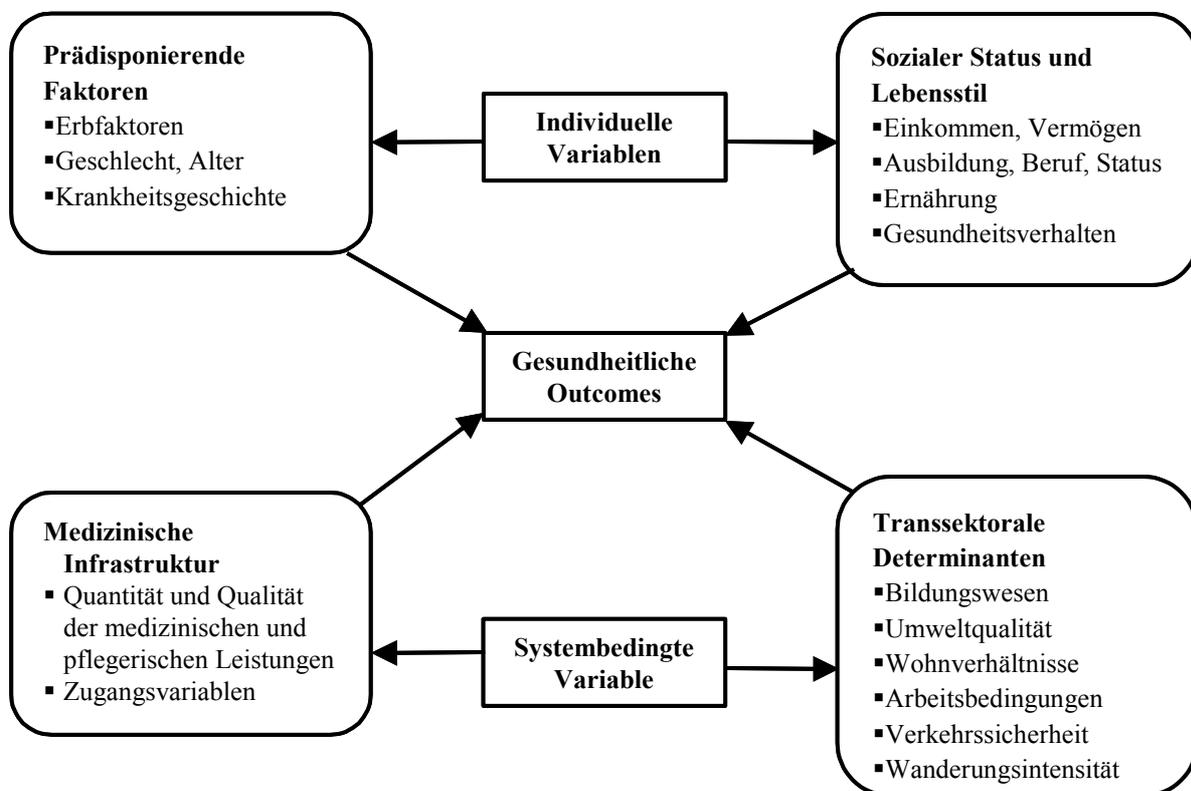
1. Der Diagnoseprozess aus Public Health-Perspektive

Erkenntnissen der Public-Health-orientierten Gesundheitsforschung der letzten dreißig Jahre zufolge sind Häufigkeit und Verteilung von Gesundheit und Krankheit das Resultat einer komplexen Wechselwirkung gesundheitsförderlicher und gesundheitsbeeinträchtigender Faktoren (natürliche, soziale, ökonomische, psychische und biologische Faktoren) (vgl. z.B. Townsend et al. (Hrsg.) 1992; Evans, R.G. (Hrsg.) 1994, Mielck, A. 2000).

Dementsprechend sind die anhand bestimmter Indikatoren festgestellten 'gesundheitlichen Outcomes' das Resultat der Einwirkung einzelner Faktoren oder – wahrscheinlicher – eines Faktorenkomplexes:

„Diese exogenen bzw. transsektoralen Einflussgrößen gesundheitlicher Zielindikatoren wurzeln z.B. im Arbeitsmarkt und der Einkommens- und Vermögensverteilung, im Bildungs- und Verkehrswesen, in der Umweltqualität, den Arbeitsbedingungen und den Wohnverhältnissen sowie im Lebensstil der Bürger. Der Erklärungsanteil des Gesundheitswesens im engeren Sinne an der Veränderung der Lebenserwartung bzw. Mortalität liegt nach zahlreichen nationalen und auch international vergleichenden Studien zwischen 10% und 40%.“ (Sachverständigenrat 2000/2001-Band I:24; vgl. darüber hinaus nachfolgende Abbildung 12).

Abbildung 12: Einflussgrößen gesundheitlicher Outcomes



Im Mittelpunkt gesundheitspolitischer Maßnahmen allgemein und gesundheitsförderlicher Aktivitäten insbesondere muss folglich aus Public Health-Perspektive der Versuch stehen, die gesundheitsbeeinträchtigenden Faktoren soweit wie möglich auszuschalten und die gesundheitsförderlichen aufzubauen. Voraussetzung hierfür ist es jedoch, diese Faktoren in einem bestimmten Raum (Kommune; Region), im Rahmen geeigneter Problem- bzw. Ursachenanalysen aufzuspüren und zu identifizieren. Ausgangspunkt bzw. Anlass einer Problem- bzw. Ursachenanalyse ist in der Regel die Feststellung einer Anomalie bzw. einer Auffälligkeit hinsichtlich der gesundheitlichen Lage in der Bevölkerung, idealerweise durch eine systematische Diagnose der gesundheitlichen Lage. In Verlauf einer solchen Diagnose kann z.B. die Häufung einer besonderen Symptomatik in der Population einer bestimmten Region bzw. eines bestimmten Stadtteils, eine zu hohe Säuglingssterblichkeit bei Migrantenkindern, eine Häufung psychischer Störungen in einem bestimmten Schultyp, oder mögliche Risikofaktoren festgestellt werden. Problembeschreibungen bezogen auf die gesundheitliche Lage und damit konkrete Handlungsbedarfe für die lokalen Akteure des Gesundheitsmanagements können jedoch auch auf Experteneinschätzungen und -erfahrungen beruhen (siehe Abschnitt 2 in diesem Kapitel). In jedem Falle gilt: die Feststellung eines gesundheitlichen Problems im weitesten Sinne ist der Ausgangspunkt und die Voraussetzung einer Problem- bzw. Ursachenanalyse und darüber hinaus, einer zielorientierten Maßnahmenplanung. Daraus lässt sich für die Ausgestaltung eines bedarfsorientierten Gesundheitsmanagements folgender handlungsleitende Grundsatz ableiten:

- Die umfassende Bestandsaufnahme und kontinuierliche Beobachtung, Dokumentation und (vergleichende) Analyse der gesundheitlichen Lage der betreffenden Population im Rahmen einer Diagnose der gesundheitlichen Lage ist der erste und entscheidende Schritt eines bedarfsorientierten Gesundheitsmanagements. Erst die regelmäßige Überprüfung gesundheitsbezogener Daten anhand geeigneter Indikatoren und die Situationsbeschreibung in gesundheitsrelevanten Lebensbereichen durch kommunale 'Health Professionals' und Laien erlauben Verknüpfungen zu möglichen Ursachenkomplexen (Demographie, soziale Lage, gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Gesundheitsrisiken aus der Umwelt), wie auch zu Strukturen und zum Geschehen im örtlichen Gesundheitswesen (Versorgungseinrichtungen, Personal, Kosten, Leistungsanspruchnahme etc.).

Diese Schlussfolgerung wird in der Praxis der kommunalen GBE bislang – zumindest in NRW – weder im Hinblick auf den Aspekt der Kontinuität, noch im Hinblick auf die themenübergreifende Ausrichtung und die Kombination unterschiedlicher Informationsquellen entsprochen.

Die kommunale GBE wird nach wie vor dem modularen Prinzip folgend aufgebaut, d.h. es werden nach und nach Spezialberichte⁸⁷ erstellt, welche wiederum die Themenbereiche abdecken, die in die Planungs- und Koordinationskompetenz der Kommunen bzw. der kommunalen Gesundheitsämter fallen.⁸⁸ Von einigen Ausnahmen abgesehen (Psychiatrieberichte, Altenberichte) handelt es sich hier um Einzelberichte, deren Fortschreibung nicht immer gesichert und intendiert ist (Schnabel et al. 2000:145f). Umfassende und aktuelle Überblicksberichte der gesundheitlichen Lage, die kontinuierlich fortgeschrieben und als Planungs- und Evaluationsgrundlage im Rahmen eines kommunalen Gesundheitsmanagements dienen könnten, bleiben die Ausnahme.⁸⁹

Vor dem Hintergrund dieser strukturellen und prozessualen Defizite bei der bisherigen GBE, ist eine Weiterentwicklung in diesem Bereich unausweichlich, zumindest wenn man an der Perspektive eines kommunalen Gesundheitsmanagements festhalten will.

Die Fokussierung bzw. Beschränkung von Diagnoseprozessen auf 'kommunale' Themen mag unter pragmatischen Gesichtspunkten – insbesondere unter Berücksichtigung der gesundheitspolitischen Entscheidungs- und Handlungsfähigkeit kommunaler Politiknetzwerke – Sinn machen. Ein solcher Ansatz genügt jedoch nicht den informationellen Anforderungen eines umfassenden kommunalen Gesundheitsmanagements wie es in dieser Analyse verstanden und gefordert wird. Ein umfassendes Verständnis von Gesundheit im Sinne der WHO-Definition sowie die Vielfalt möglicher Einflussgrößen gesundheitlicher Outcomes lässt eine Begrenzung auf

⁸⁷ Das Konzept der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Ministerialbeamten der Länder (AGLMB) (Hrsg.) (1996) nennt zwei Arten von Spezialberichten:

- Zielgruppenspezifische Berichte (z.B. Kinderbericht, Altenbericht oder Obdachlosenbericht) und
- Sektorenspezifische Berichte (Krankenhausbericht, Psychiatriebericht, Selbsthilfebericht etc.).

Darüber hinaus ist eine Spezialisierung auf ausgewählte Erkrankungen oder Gesundheitsrisiken möglich (z.B. Krebsbericht, Bericht zu Umwelt und Gesundheit etc.). Im Rahmen der 'Ortsnahen Koordinierung' wurden Spezialberichte aus dem Themenbereich 'Kinder und Jugendliche' am häufigsten erstellt. Aus diesem Themenbereich wurden sieben Berichte vorgelegt. In drei Kommunen wurde innerhalb des Projekts jeweils ein Gesundheitsbericht aus dem Bereich 'psychiatrische Versorgung' vorgelegt. Als Motive für die Auswahl der Themen wurden vorrangig Vorgaben durch die Arbeitsgruppen, den Runden Tisch oder das Gesundheitsamt genannt, aber auch die Existenz von Daten spielte eine Rolle bei der Themenauswahl. Bei der Auswahl der Themen wurde darüber hinaus in der Mehrzahl der Modellkommunen (10) auf die gesundheitspolitische Relevanz der Berichte für die Kommunen geachtet. Bei zwölf Berichten wurde direkt bei der Gegenstandswahl berücksichtigt, dass die durch die Berichterstellung möglicherweise identifizierten Probleme auch unmittelbar auf kommunaler Ebene beeinflussbar sind (vgl. Schnabel et al. 2000:145).

⁸⁸ Diese sind in NRW die AIDS-Aufklärung, -Beratung und - Versorgung, die medizinisch-soziale Versorgung älterer Menschen, die psychiatrische und Suchtkrankenvorsorge, die Umweltmedizin und der Gesundheitsschutz bzw. die Gesundheitsförderung (vgl. § 9 – 20 ÖGDG).

⁸⁹ Ansätze im Hinblick auf eine umfassende, themenübergreifende Gesundheitsberichterstattung wurden von der wissenschaftlichen Begleitung des Modellprojekts 'Ortsnahe Koordinierung' für die Städte Köln, Neuss, Münster und Herne konstatiert. Darüber hinaus wurde in Hamburg bereits 1992 die erste 'Stadtdiagnose' vorgelegt, ein umfassender Gesundheitsbericht in Anlehnung an die Struktur der Gesundheitsberichterstattung der Länder (Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamtinnen und Medizinalbeamten der Länder (AGLMB)) (Hrsg.) 1996). Die „Stadtdiagnose 2“ erschien in April 2001 (vgl. Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg (Hrsg.) 2001).

bzw. eine Selektion von Krankheitsbildern und Zielgruppen im Kontext des Diagnoseprozesses sowie die ausschließliche Betrachtung des Gesundheitswesens nicht zu.

Der Blick ins Ausland und insbesondere dorthin wo die Public Health-Perspektive stärker verankert ist, kann bei der Neuorientierung und Neugestaltung von Diagnose- und Berichtsverfahren im angedeuteten Sinne wichtige Anstöße geben und die Innovationsbereitschaft in den Kommunen fördern. In diesem Sinne werden anschließend exemplarisch zwei Ansätze skizziert, welche die in dieser Arbeit präferierten Entwicklungsrichtung zu illustrieren vermögen. Ihrer Darstellung im nächsten Abschnitt folgen die für die Gestaltung eines gesundheitsbezogenen Diagnoseprozesses auf kommunaler Ebene zu ziehenden Konsequenzen auf der konzeptionellen und praktischen Ebene (Abschnitt 3).

2. Konzeptionelle Vorbilder einer Public Health orientierten Diagnose der gesundheitlichen Lage auf kommunaler/regionaler Ebene

Konzeptionelle Vorbilder für eine handlungsorientierte Diagnose der gesundheitlichen Lage vor Ort findet man im Bereich der Public Health orientierten Gesundheitspolitik und -planung wie sie in einigen nordamerikanischen Staaten aber auch zum Teil in Europa zur Anwendung kommt. Wegen ihrer lokalen und planungsorientierten Ausrichtung gewinnen insbesondere zwei Konzepte besondere Aufmerksamkeit:

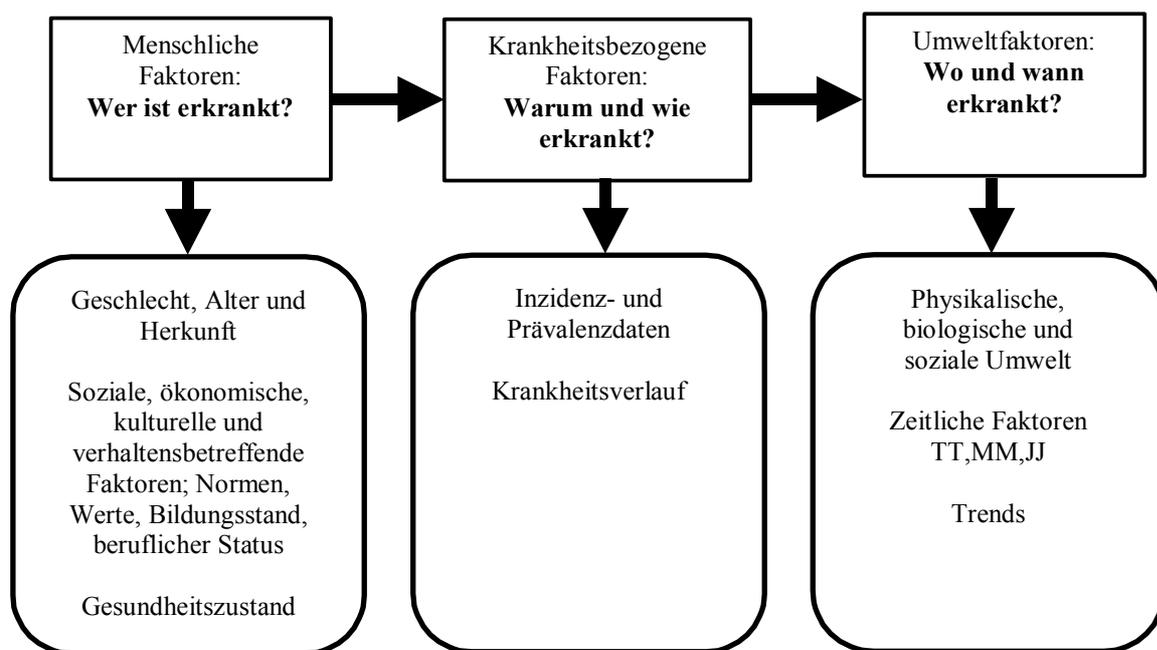
- a) das Konzept des 'Community Health Assessment', und
- b) das Modell der Triangulation von Erhebungsquellen in der kommunalen Gesundheitspolitik von Schopper et al. 2000

Zu a) Das 'Community Health Assessment' ist in den USA eine bekannte und verbreitete Diagnostik im Rahmen von 'Community Health Nursing' und Public Health, um den Gesundheitszustand und die Lebensbedingungen einer Gruppe von Menschen zu untersuchen und im Hinblick auf eine Stärkung der gesundheitsförderlichen Faktoren systematisch einzuschätzen. Ausgehend u.a. von einem umfassenden Verständnis von Gesundheit in Anlehnung an die WHO-Definition wurden seit den achtziger Jahren unterschiedliche Konzepte für ein 'Community Health Assessment', und darauf aufbauend auch Modelle und Instrumente für die Praxis entwickelt (vgl. Caesar et al. 2000:27). Je nach Fragestellung sind im Rahmen des 'Community Health Assessment' zwei unterschiedliche Schwerpunktsetzungen bei der Informationssammlung denkbar:

- (1) die vorrangige Erfassung epidemiologischer Informationen oder
- (2) die Fokussierung auf die Ermittlung von Meinungsbildern und Einstellungen (vgl. Caesar et al. 2000:26).

Von besonderer Bedeutung im vorliegenden Kontext ist zunächst der erste Schwerpunkt. Hier geht es darum, bei 'Assessments' zu Gesundheitsproblemen, die wesentlichen Ergebnisse in Form von messbaren Zahlen vorzulegen. Ein solcher Schwerpunkt impliziert die Ermittlung von Daten, die die zentralen epidemiologischen Fragen nach dem „*Wer*“ (menschliche Faktoren), nach dem „*Warum*“ und „*Wie*“ (krankheitsbezogene Faktoren) sowie nach dem „*Wo*“ und „*Wann*“ (umweltbezogene Bedingungsfaktoren) beantworten (ebenda; vgl. nachfolgende Abbildung 13).

Abbildung 13: Epidemiologischer Assessment



Quelle: Caesar. et al. 2000:26

Charakteristisches Merkmal dieses Verfahrens ist der Versuch, die wesentlichen Daten zur Abbildung des Gesundheitszustands mittels einer überschaubaren Anzahl von Kennzahlen bzw. Indikatoren zusammenzufassen. Diese Kennzahlen können dann einer kontinuierlichen Beobachtung bzw. eines Monitorings unterzogen werden, um Zustandsveränderungen und Trends möglichst schnell erkennen und entsprechende Interventionen des Gesundheitsmanagements einleiten zu können.

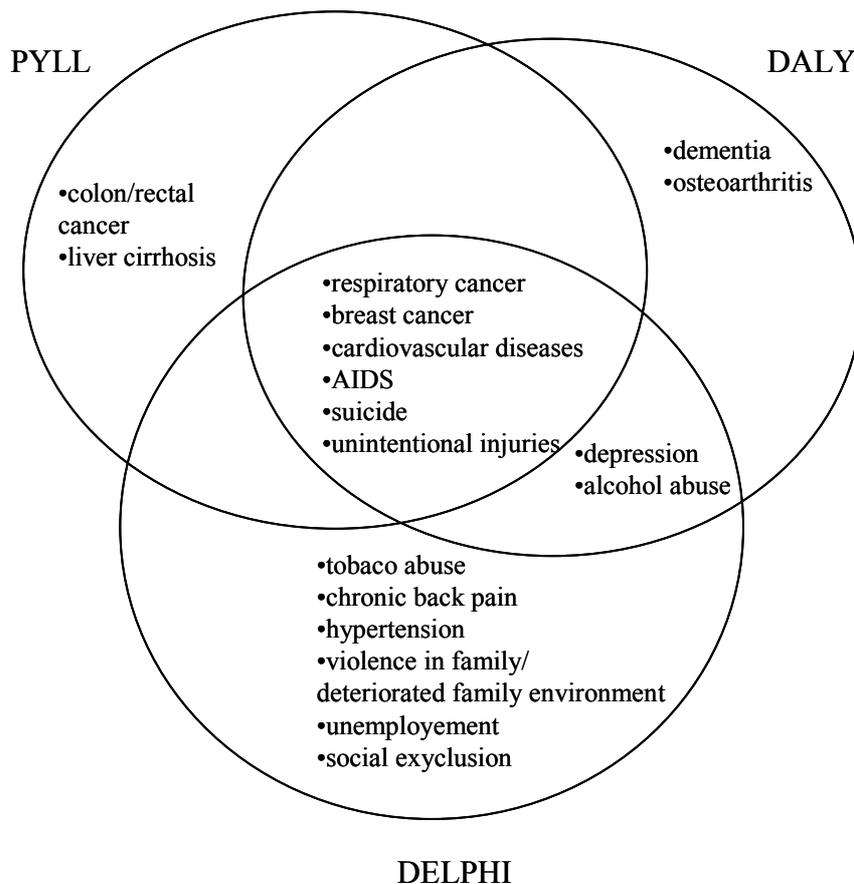
Der Ansatz des 'Community Health Assessment' sieht darüber hinaus – wie oben erwähnt – die Ermittlung von Meinungsbildern und Einstellungen von Experten und der Bevölkerung durch den Einsatz von Experteninterviews, Fokusgruppeninterviews und den Besuch von öffentlichen Diskussionen vor (vgl. Caesar et al. 2000:26). Somit sieht dieses Verfahren eine Kombination und Gegenüberstellung 'harter' epidemiologischer und 'weicher' Daten vor.

Zu b) Zum Triangulationsmodell von Schopper et al. (2000)

Ein anderes, dem 'Community Health Assessment' vergleichbarer jedoch aufwendigeres Vorgehen mit Vorbildcharakter für die Strukturierung einer kommunalen, gesundheitsbezogenen Diagnose stammt von Schopper et al. (2000) und ist in erster Linie als Verfahren für eine objektive Festlegung von Prioritäten in der lokalen Gesundheitspolitik entstanden. Dieses Verfahren basiert auf der Triangulation von Ergebnissen dreier Erhebungsansätze für die Erfassung der gesundheitlichen Probleme in einer bestimmten Population. Der erste (quantitative) Ansatz besteht darin, den Anteil von zehn Krankheitsgruppen am gesamten Wert der potentiellen verlorenen Lebensjahre ('Potential Years of Life Lost' – PYLL-) in der betrachteten Population zu ermitteln. Der zweite (ebenso quantitative) Ansatz basiert auf der Berechnung des Anteils von fünfzehn Krankheitsgruppen am Gesamtwert der 'Disability Adjusted Life Years' (DALYs) in derselben Population. Der dritte Ansatz zur Feststellung der prioritären Gesundheitsprobleme sieht die Befragung von Experten ('health professionals') und von Bürgervertretern ('representatives of the general population')⁹⁰ durch die Anwendung von Delphi-surveys vor. Aus der Konvergenz der ermittelten (quantitativen) Werte und den Aussagen bzw. Einschätzungen der Experten hinsichtlich der wichtigsten Determinanten von Gesundheit und gesundheitlichen Probleme vor Ort, gelang Schopper et al. (2000) die wichtigsten Krankheitsgruppen – und damit die mit Priorität zu behandelnden Gesundheitsprobleme in einem Schweizer Kanton zu ermitteln (vgl. Abbildung 14).

⁹⁰ Schopper et al. 2000:389f.

Abbildung 14: Ermittlung von gesundheitlichen und sozialen Problemen in der Gemeinde durch Triangulation harter und weicher Daten



Quelle: Schopper et al. 2000:390

Den skizzierten Verfahren gemeinsam ist die Intention, die gesundheitliche Lage der betrachteten Population möglichst umfassend und objektiv abzubilden, wobei letzteres durch die Triangulation der Informationsquellen angestrebt wird. Bemerkenswert ist hierbei, dass beide Verfahren der Erhebung von Meinungen und Einstellungen von 'health Professionals' sowie der Bevölkerung (bzw. deren Repräsentanten) große Bedeutung beimessen.

3. Konsequenzen für die idealtypische Strukturierung und Systematisierung einer gesundheitsbezogenen Diagnose der Ist-Situation in der Kommune

Ausgehend von den im Abschnitt 1 dieses Kapitels angestellten Überlegungen in Bezug auf den Entwicklungsbedarf im Bereich der kommunalen GBE und unter Berücksichtigung der reflektierten Ansätze (Abschnitt 2), lassen sich für die Strukturierung und Systematisierung einer gesundheitsbezogenen Diagnose konkrete Empfehlungen ableiten. Diese lassen sich in Form

eines Leitfadens formulieren, der allerdings als Diskussionsgrundlage verstanden werden will. Unter diesem Vorbehalt wird hier zunächst die grundsätzliche Differenzierung von zwei aufeinanderfolgenden Phasen im Diagnoseprozess postuliert:

- die Phase der explorativen Basisdiagnose (Bestandsaufnahme und Ausgangspunkt einer kontinuierlichen Beobachtung gesundheitsbezogener Kennzahlen/Indikatoren), und
- die Phase der vertiefenden, problembezogenen Diagnose, die zielgruppen- und/oder sektorenspezifisch angelegt ist, und die bestimmte Krankheiten oder Gesundheitsrisiken fokussiert

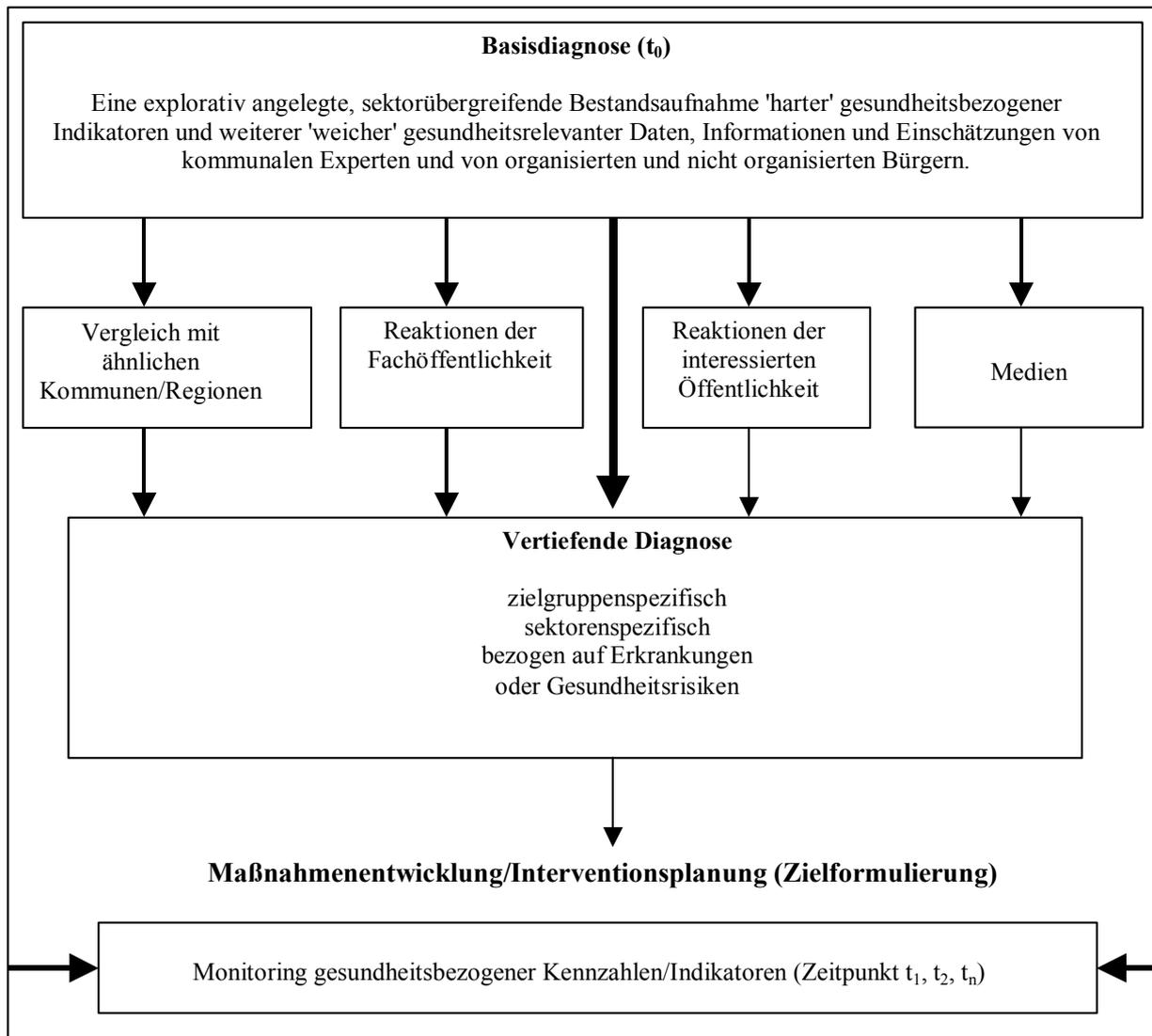
Dieser gestufte, handlungsorientierte und auf Kontinuität und Vergleichbarkeit angelegte Ansatz einer Gemeindediagnose entspricht zum einen den Informationsbedürfnissen eines kommunalen Gesundheitsmanagements, zum anderen knüpft er an das zeitgemäße 'Assessment'-Verständnis der 'Public Health-Trias' an (Kapitel III, 6.4.2; Institute of Medicine (IM) 1988)⁹¹. Ausgangspunkt der kommunalen Diagnose der gesundheitlichen Lage ist danach die Bestandsaufnahme der gesundheitlichen Lage vor Ort einschließlich möglicher gesundheitlicher Beeinträchtigungen und Risiken im Rahmen einer Basisdiagnose. Die Befunde dieser Basisdiagnose liefern zum einen die Basis für das Monitoring⁹² des Gesundheitszustands der Bezugspopulation über Raum und Zeit, zum anderen stellen sie die empirische Basis für die vertiefende Diagnose zur Verfügung (vgl. nachfolgende Abbildung 15).

⁹¹ Das amerikanische Institute of Medicine charakterisiert das Aufgabenfeld 'Assessment' – als zentrale Komponente des Public Health-Trias – folgendermaßen: „Alle Aktivitäten im Zusammenhang mit 'Community Diagnosis', einschließlich Surveillance, Bedarfsfeststellung, Problem-Ursachen-Analyse, Datensammlung und -interpretation, 'case-finding', 'Monitoring' (und) Trendprognose (...)“ (Institute of Medicine (Hrsg.) 1988:44).

⁹² Im Mittelpunkt des 'Monitorings' gesundheitsrelevanter Indikatoren stehen folgende zentrale Leitfragen:

- *Wie verändern sich die Werte der benutzen Indikatoren in Bezug auf Vergleichsdaten (andere Kommunen, der Landesebene etc.) über die Zeit? Bleiben mögliche Unterschiede über die Zeit konstant?*
- *Wie verändern sich die Werte der benutzen Indikatoren innerhalb der betrachteten Bevölkerung/Bevölkerungsgruppen? Bleiben die Unterschiede über die Zeit konstant?*
- *Lassen sich Trends erkennen? In welche Richtung verlaufen diese?*

Abbildung 15: Idealtypische Vorgehensweise bei der Diagnose der gesundheitlichen Lage im Rahmen des kommunalen Gesundheitsmanagements



Zentrales Ziel einer Basisdiagnose ist es, die gesundheitliche Lage in der Bevölkerung möglichst objektiv abzubilden und vordringliche Handlungsfelder und Handlungsoptionen zu ermitteln. Im Mittelpunkt des Erkenntnisinteresses stehen hierbei folgende zentrale Leitfragen:⁹³

- *Wie sieht die gesundheitliche Lage der Bevölkerung aus (gemessen z.B. anhand von Mortalitäts-/Morbiditätsangaben und/oder anhand von Beobachtungen und Erfahrungen einschlägiger Experten vor Ort)?*
- *Inwieweit unterscheiden sich die Mortalitäts- und Morbiditätsdaten der Kommune bzw. der Region von den Durchschnittswerten auf Landes- und Bundesebene?*
- *Sind die Unterschiede bedeutsam?*

⁹³ Bei der Formulierung dieser Leitfragen orientiert sich der Autor an der Konzeption: Ausführungen der Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz (LGRP) (1997, Seite 112).

- *Welche Handlungsfelder bzw. Probleme außerhalb des Gesundheitswesens lassen sich ausmachen*
- *Welche Ursachen bzw. Ursachenkomplexe können den identifizierten Problemlagen/Anomalien zugrunde liegen?*

Die Bearbeitung dieser Leitfragen liefert die wesentliche Basis zur Lagebeurteilung und stellt somit die strukturelle Voraussetzung für weitergehende Ursachen-, Problemanalysen sowie für die Interventionsplanung im weiteren Verlauf des kommunalen Gesundheitsmanagements.

Einer Public Health Perspektive entsprechend geht die kommunale Diagnose des Gesundheitszustandes davon aus, dass 'Gesundheit' kein statischer Zustand, sondern ein Prozess ist, auf den zahlreiche Faktoren bzw. Einflussgrößen einwirken (können), die innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens verortet sind bzw. sein können (vgl. Abbildung 12, Seite 132). Der Diagnoseprozess muss folglich möglichst differenziert vorgenommen werden, d.h. auch unter Berücksichtigung unterschiedlicher Informationen (Schopper et al. 2000). Er muss interdisziplinär ausgerichtet sein und möglichst zu evidenzbasierten Aussagen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung führen (Badura et al. 2001:5). Die Orientierung an diesen Grundsätzen hat u.a. folgende forschungspraktische Implikationen:

- Um dem Anspruch einer möglichst differenzierten und ausgewogenen Diagnose der Ist-Situation hinsichtlich Gesundheitszustand, Gesundheitsrisiken und Gesundheitsversorgung zu entsprechen, bedarf es der komplementären Anwendung dreier unterschiedlicher Erhebungsansätze:

Der erste, eher epidemiologischer Ansatz sieht die Ermittlung bzw. Berechnung 'harter' gesundheitsbezogener Indikatoren und weiterer gesundheitsrelevanter Daten vor (vgl. Abschnitt 3.1). Der zweite, eher qualitative Ansatz basiert auf der Befragung von Experten des Gesundheitswesens und aus anderen gesundheitsrelevanten Bereichen der kommunalen Verwaltung (Umwelt, Soziales etc.) (vgl. Abschnitt 3.2.). Schließlich – und um der Forderung einer bürgerorientierten Gestaltung des Gesundheitswesens Rechnung zu tragen – ist die Erhebung der Bürgereinstellungen und -meinungen hinsichtlich der gesundheitlichen Probleme und der gesundheitlichen Versorgungsstrukturen vor Ort anhand geeigneter Instrumente und Verfahren unerlässlich (vgl. Abschnitt 3.3). Diese komplementäre Anwendung quantitativer und qualitativer Ansätze im Kontext der Basisdiagnose strebt an, durch Triangulation von Informationen und Informationsquellen

(Schopper et al. 2000), möglichst bedarfsgerechte Entscheidungen zu treffen, hinsichtlich der mit Priorität zu bearbeitenden Probleme.

- Gesundheitsindikatoren im engsten Sinne (Mortalitäts-, Morbiditätsindikatoren etc.) sind als 'Outcome-Indikatoren' zu betrachten. D.h. sie müssen immer im Zusammenhang mit den möglichen exogenen bzw. transsektoralen Determinanten interpretiert werden. Diagnoseprozess und Ursachenanalyse sind folglich eng miteinander zu koppeln.
- Es muss versucht werden, die Ist-Situation auch außerhalb des Gesundheitswesens im Hinblick auf deren möglichen Einfluss auf die gesundheitlichen Outcomes zu erfassen. Dies kann sowohl anhand geeigneter, harter Indikatoren oder anhand weicher Daten (z.B. aus Expertenbefragungen) geschehen.
- Letzteres erfordert im Kontext der kommunalen Verwaltung eine dezernats- bzw. sektorübergreifende Zusammenarbeit während des Diagnoseprozesses unter Federführung des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Ein aktuelles Beispiel für ein derartiges integratives Vorgehen liefert die Stadt Münster (Westfalen).⁹⁴

Unter Berücksichtigung dieser forschungspraktischen Anforderungen an einer Public Health-orientierten, umfassenden Diagnose der gesundheitlichen Lage, wird anschließend eine strukturierte Vorgehensweise sowie eine vorläufige Auswahl gesundheitsbezogener Indikatoren für den Diagnoseprozess dargestellt und begründet.

3.1 Der epidemiologische Erhebungsansatz: Beschreibung der gesundheitlichen Lage anhand gesundheitsbezogener Basisindikatoren

Im Mittelpunkt dieses Abschnitts steht die Frage nach den zu berücksichtigenden Kennzahlen bzw. Indikatoren sowie den Kriterien ihrer Auswahl. Vorweg sei hier gesagt, dass diese Frage kaum in endgültiger Form beantwortet werden kann, da es erstens hierzu je nach kommunalen Spezifika unterschiedliche Ansichten und Schwerpunkte geben kann und zweitens weil die Entwicklung von gesundheitsbezogenen Indikatoren ein ständiger Prozess ist, deren Auswahl also immer wieder überprüft werden muss.⁹⁵ Im Folgenden geht es somit eher darum, unter

⁹⁴ Vgl. Abschnitt 4 in diesem Kapitel.

⁹⁵ Weltweit arbeiten zahlreiche Experten-Gruppen an der Entwicklung von Gesundheitsindikatoren bzw. Indikatoren zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität für die großen Programme der WHO (Health for all/Health 21) und der UN (Agenda 21/Habitat Agenda). Unterhalb der globalen und europäischen Ebene existieren kommu-

Berücksichtigung der in Deutschland auf kommunaler bzw. Kreisebene in der Regel zugänglichen Daten sowie unter Berücksichtigung praxisrelevanter Qualitätskriterien, eine vorläufige Auswahl möglicher Indikatoren vorzunehmen, deren Anwendung eine angemessene Abbildung und Monitoring gesundheitsbezogener Informationen ermöglichen soll. Die vorzuschlagende Auswahl bezieht sich aus pragmatischen Gründen nur auf die Basisdiagnose, da die Entscheidung darüber, welche (weiteren) Indikatoren für die vertiefende Diagnose notwendig sind, von den mit Priorität zu bearbeitenden gesundheitlichen Problemlagen vor Ort abhängt.

3.1.1 Kriterien für die Auswahl von Basisindikatoren

Bei der Auswahl eines Basisindikatorensatzes für eine handlungsorientierte kommunale Diagnose sind unterschiedliche Kriterien zu berücksichtigen. Neben den üblichen Gütekriterien für Gesundheitsindikatoren⁹⁶ ist in Anlehnung an den aktuellen Diskussionsstand und unter Berücksichtigung der Erfahrungen im Kontext der 'Ortsnahen Koordinierung', eine Reihe von anwendungsrelevanten Kriterien zu beachten⁹⁷. Die wichtigsten von ihnen werden nachfolgend genannt und erläutert:

- Verfügbarkeit: Ein Indikator braucht eine solide und vollständige Datenbasis. Die erforderlichen Daten sollten folglich entweder leicht zugänglich – idealerweise auf Kreis- bzw. Gemeindeebene – oder mit einem vertretbaren Aufwand zu erheben sein. Insbesondere aufgrund der gespannten Finanzlage in den Kommunen und der personellen Engpässe in vielen kommunalen Gesundheitsämtern ist die Beachtung von diesem Kriterium unausweichlich.

nale Indikatorensatzes einer lokalen Agenda und die Berichterstattung im Gesunde-Städte-Projekt (vgl. Osius et al. 2002:6).

⁹⁶ Als wichtigste Gütekriterien für Gesundheitsindikatoren lassen sich Gesundheitsförderung folgende benennen: 'Validität' (Gültigkeit einer vorgegebenen Größe); 'Reliabilität' (Zuverlässigkeit und Genauigkeit gemessener Beobachtungseinheiten); 'Kontinuität' bzw. 'Periodizität' (gilt als erfüllt, wenn davon ausgegangen werden kann, dass der Indikator nicht nur zum gegebenen Zeitpunkt verlässliche Daten liefert, sondern auch in absehbarer Zukunft brauchbar sein wird); 'vertikale Verknüpfbarkeit' (die Verknüpfung mit den Bereichen Demographie, gesundheitliche Versorgung, Inanspruchnahme sollte möglich sein) (Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LGRP) (Hrsg.) 1997:114); darüber hinaus Adler/Brand 1996).

⁹⁷ Grundlage für die Formulierung dieser Kriterien waren zum einen die entsprechenden Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung der 'Ortsnahen Koordinierung' (Kapitel IV, Abschnitt 2.3.2), zum anderen vorliegende Konzeptionen und Empfehlungen zur Weiterentwicklung der kommunalen GBE. Berücksichtigt wurden u.a. folgende Quellen: Hamburger Projektgruppe Gesundheitsberichterstattung 1996; Adler/Brand 1996; Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LGRP) (Hrsg.) 1997; Planungshilfe B4 1997; Planungshilfe B8 2000.

- Anwendbarkeit: Die Indikatoren sollten einfach anzuwenden, einfach zu nutzen und verständlich sein. Ihre Anzahl sollte auf einem überschaubaren Niveau bleiben.⁹⁸ Die Bildung von Indices zur Beschreibung des Gesundheitszustands oder der Lebenserwartung wie im Falle des oben diskutierten Ansatzes von Schopper et al. (2000) kann zwar die Anzahl der Indikatoren durch hohe Verdichtung von Daten erheblich reduzieren, gleichzeitig verringert sich dadurch der Grad der Verständlichkeit und damit die Möglichkeit ihrer Interpretation bei wesentlichen Adressaten bzw. Entscheidungsträgern (Politiker, Verwaltungsangestellte, Laien etc.).
- Vergleichbarkeit: Die Indikatoren sollten die Eigenschaft der Zeitmetrik besitzen, d.h. Vergleiche über die Zeit innerhalb eines bestimmten Betrachtungsraums und zwischen verschiedenen Regionen/Kommunen ermöglichen.⁹⁹
- Planungsrelevanz: Die Indikatoren sollten Planungsrelevanz besitzen, d.h. sowohl den Status Quo als auch Veränderungen bzw. Trends im betrachteten Bereich erfassen können.
- Politische Relevanz: Die Indikatoren sollten den Einfluss von Aktionen/Programmen der Landes- und/oder Kommunalpolitik (im Gesundheitsbereich oder in gesundheitsrelevanten Bereichen wie 'Verkehr', 'Umwelt', 'Soziales') messen können.
- Internationale Verbreitung: Die Indikatoren sollten möglichst im Rahmen internationaler Aktionsprogramme wie der Agenda 21 oder anderen international anerkannten Programmatiken (z.B. „Healthy Communities 2000“¹⁰⁰; „Gesundheit für alle“¹⁰¹) zur Anwendung kommen. Der Vorteil der Verwendung verbreiteter Indikatoren liegt unter anderem darin, dass einerseits Vergleichsdaten zur Verfügung stehen und andererseits, dass die Indikatoren als bewährt gelten, da sie bereits eingesetzt werden (Glaser-Möller/Korte 1996:67).

Dieser Kriterienkatalog ist ebenso erweiterungs- wie kritikfähig und will in erster Linie als Basis einer weiterzuführenden Diskussion über Anzahl und Qualität von gesundheitsbezogenen Basisindikatoren verstanden werden.

⁹⁸ Die Frage nach der 'richtigen' Anzahl von Indikatoren ist allerdings schwer zu lösen. Der Indikatorensatz der Länder (vgl. AGLMB 1996) hält allein für die Erfassung des Gesundheitszustands ca. 120 Indikatoren vor (vgl. Bardehle 2000:100). Ihre Reduzierung kann allerdings unter Umständen Filterprozesse intensivieren und letztlich eine Verzerrung und Vernachlässigung wichtiger Bereiche bedeuten (Osius et al. 2002:4).

⁹⁹ Dies kann entweder geschehen, indem Zeitreihen erhoben werden oder in dem der Indikator selbst die Veränderung von a nach b misst (vgl. Osius et al. 2002:5).

¹⁰⁰ ALPHA/American Public Health Association 1991.

3.1.2 *Auswahl und Begründung der Basisindikatoren zur gesundheitlichen Lage und deren Determinanten*

Von obigen Auswahlkriterien ausgehend und unter Berücksichtigung des Erkenntnisinteresses einer Basisdiagnose, wird in diesem Abschnitt eine Auswahl von Indikatoren zur Erfassung und Beurteilung der gesundheitlichen Lage auf kommunaler bzw. Kreisebene vorgeschlagen.

Hierbei lehnt sich der Autor in erster Linie an den 'Indikatorensatz der Länder'¹⁰² unter besonderer Beachtung der auf Kreis- bzw. Gemeindeebene verfügbaren Indikatoren an, um dem Kriterium 'Verfügbarkeit' Rechnung zu tragen. (vgl. Anhang). Die entsprechenden Daten (z.B. zur Mortalität oder zur Luftqualität) werden in der Regel von den zuständigen Datenhaltern (statische Landesämter, Landesumweltämter, lögd etc.) für die Kreis- bzw. Gemeindeebene aufbereitet.

Die vorgenommene Auswahl orientiert sich an den Informationsbedürfnissen einer Basisdiagnose, d.h. die vorgeschlagenen Indikatoren sollen die Eckdaten der Gemeindediagnose abbilden; für spezialisierte Betrachtungen werden weitere Indikatoren und Informationsquellen erforderlich. Die Anzahl der Indikatoren bewegt sich hierbei bewusst auf einem überschaubaren Niveau, um dem Kriterium 'Anwendbarkeit' Rechnung tragen zu können.

Zentrales Ziel einer Basisdiagnose ist es, die gesundheitliche Lage in der Bevölkerung abzubilden und vordringliche Handlungsbedarfe zu ermitteln. Hierbei wurde oben aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht davon ausgegangen, dass die 'gesundheitliche Lage' der Bevölkerung als Prozess zu begreifen ist, auf den zahlreiche Faktoren bzw. Faktorenbündel einwirken (können), die innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens verortet sein können. Gesundheitsindikatoren im engsten Sinne (Mortalitäts- und Morbiditätsindikatoren) sind folglich als „Outcomeindikatoren“ zu betrachten, d.h. sie müssen immer im Zusammenhang mit möglichen exogenen bzw. transsektoralen Determinanten bzw. Rahmenbedingungen interpretiert werden. Dementsprechend unterscheidet man im Folgenden zwischen 'gesundheitsbezogenen Indikatoren' im

¹⁰¹ WHO-Europa, Regionalbüro für Europa (1993).

¹⁰² Der „Indikatorensatz der Länder“ wurde im Auftrag der Gesundheitsminister der Länder von einer „Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamtinnen und Medizinalbeamten der Länder (AGLMB)“ formuliert und bereits 1991 vorgestellt. Mittlerweile liegt eine zweite, überarbeitete Fassung vor (AGLMB 1996). Diese Indikatorensammlung enthält eine Auswahl von etwa 200 Gesundheitsindikatoren in 11 Themenfeldern, die in allen Bundesländern als Grundlage der Landesgesundheitsberichterstattung Berücksichtigung finden, wobei es auch einen einheitlichen Pflichtteil gibt, der es ermöglicht, Regionalvergleiche vorzunehmen. Die ca. 200 Indikatoren werden jährlich fortgeschrieben, die Zeitreihen datieren ab 1990, z.T. ab 1980 (vgl. www.loegd/-Indikator/indi/index.html).

engeren Sinne und Indikatoren zu möglichen 'Determinanten bzw. Einflussfaktoren der gesundheitlichen Lage' (insbesondere demographische-, soziale-, und Umweltfaktoren).

Zur Abbildung der gesundheitlichen Lage wurden insbesondere unter Vergleichbarkeitsüberlegungen sechs z.T. auch international verbreitete und etablierte Mortalitätsindikatoren (Anzahl der Sterbefälle, altersstandardisierte Raten, alters- und geschlechtsspezifische Raten, ausgewählte Todesursachen, vermeidbare Todesfälle und Säuglingssterblichkeit) sowie vier Morbiditätsindikatoren ausgewählt (stationäre Morbidität, Gesundheit von Schulanfängern, Verkehrsunfälle mit Personenschäden und Personenschäden nach Art der Verkehrsbeteiligung).

Anhand dieser Indikatoren bzw. Indikatorenkomplexe ist es grundsätzlich möglich – mittels einer statistischen Verknüpfung mit Merkmalen der sozialen Lage und der Population – eine Einschätzung folgender diagnosebezogenen Schlüsselfragen zu erhalten:

- *Woran und mit welcher Häufigkeit erkranken und versterben die Menschen in der betrachteten Region/Kommune?*
- *Gibt es bedeutsame Veränderungen des Sterbegeschehens im Zeitverlauf?*
- *Lassen sich Unterschiede zwischen den Geschlechtern feststellen?*
- *Lassen sich Unterschiede im Gesundheitszustand der Bevölkerung bezogen auf ihre soziale Herkunft konstatieren?*
- *Wo sind gesundheitspolitische Interventionen besonders erforderlich und erfolgversprechend, um die vorzeitige Sterblichkeit durch 'vermeidbare Todesfälle' zu senken?*¹⁰³

Die Planungs- und die gesundheitspolitische Relevanz von Mortalitätsdaten im Rahmen einer Basisdiagnose und im Hinblick auf das Monitoring der gesundheitlichen Lage beruht u.a. darauf, dass

- mit ihnen Aussagen über die Verbreitung schwerwiegender (weil zum Tode führender) Krankheiten und Gesundheitsbeeinträchtigungen Aussagen gemacht werden können (treten in einer Bevölkerung gehäuft Todesfälle auf, so ist hierin ein Hinweis auf erhöhte Gesundheitsrisiken zu sehen. Die Sterblichkeit ist dabei als 'Spitze eines Eisberges von Krankheitsgeschehen' zu betrachten) (vgl. Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg (Hrsg.) 2001:11f);
- sie zur Schätzung für Morbidität dienen können, wo keine Morbiditätsdaten vorhanden sind;

¹⁰³ Vgl. Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg (Hrsg.) 2001:17

- sie über mögliche Veränderungen im Verhältnis von Inzidenz und Mortalität Aussagen erlauben und schließlich
- sie als Indikatoren für Präventions- und Versorgungsqualität betrachtet werden können. Dieses gilt insbesondere für die 'vermeidbaren Todesfälle' und die Säuglingssterblichkeit. Letztere gilt international als eine Kennziffer für die Qualität und Wirksamkeit präventiver Maßnahmen für Schwangere und reflektiert die pränatale sowie neonatologische Versorgung).¹⁰⁴

Von besonderer Bedeutung für das kommunale Gesundheitsmanagement – als Basis für eine bedarfsgerechte Planung und Gestaltung des Gesundheitssystems vor Ort bzw. in einer bestimmten Region – ist die Kenntnis der spezifischen Sterblichkeiten (Tabelle 14, Seite 155, Indikator 3.8) sowie der vermeidbaren Todesfälle (Tabelle 14, Seite 155, Indikator 3.13). Die Ermittlung der Todesursachen nach Krankheitsarten ist nicht nur für eine differenzierte Abbildung des Gesundheitszustands in der Bevölkerung wichtig, sondern sie dient als Indikator für die Gesundheitsversorgung und -vorbeugung. Dieselbe Begründung lässt sich für die vermeidbaren Todesfälle heranziehen: Häufigkeit, zeitliche Entwicklung und regionale Verteilung vermeidbarer Sterbefälle geben Hinweise darauf, wo gesundheitspolitische Interventionen notwendig sind, um die vorzeitige Sterblichkeit zu senken:

„29 Todesursachen bzw. Todesursachenkomplexe in bestimmten Altersgruppen gelten als vermeidbar¹⁰⁵. Die Auswahl dieser Todesursachen und der Altersgruppen ist das Ergebnis eingehender Expertenberatungen. Ziel ist die Vermeidung von Todesfällen, sei es durch die Verhinderung von Erkrankungen oder Unfällen, sei es durch fachgerechte Behandlung. Als vermeidbar gilt in den meisten Fällen nicht der Todesfall an sich, sondern nur in einem bestimmten Lebensabschnitt, zum Beispiel vor Erreichen des 65. Lebensjahres“ (Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg (Hrsg.) 2001:21).

Zur Beurteilung bzw. Einschätzung der Verbreitung von Krankheiten in der Bevölkerung (insbesondere in Abhängigkeit variierender Lebensbedingungen) stehen auf kommunaler Ebene weniger und vor allem weniger zuverlässige Daten zur Verfügung als zur Einschätzung der

¹⁰⁴ Neben individuellen medizinisch-biologischen Variablen, die zur Säuglingssterblichkeit führen können, sind es auch überindividuelle, gesamtgesellschaftlich vermittelte Variablen wie das soziale Lebensumfeld, die Schichtzugehörigkeit, der Bildungsgrad etc., die das Gesundheitsverhalten und Handeln der Menschen bestimmen und damit Lebens- und Überlebenschancen, speziell der Säuglinge, erhöhen oder vermindern. So können sich auch innerhalb einer Stadt oder eines Kreises unterschiedliche Werte für die Säuglingssterblichkeit ergeben (vgl. Stadt Münster (Hrsg.) 2001:28f.)

¹⁰⁵ Die zwölf häufigsten vermeidbaren Todesursachen sind nach Holland (1991): chronische Leberkrankheit und -zirrhose (15-74 Jahre); koronare Herzkrankheiten (z.B. Herzinfarkt) (35-64 Jahre); Chronisch rheumatische Herzkrankheiten (5-44 Jahre); Lungenkrebs (5-64 Jahre); Bluthochdruck und Schlaganfall (35-64 Jahre); Kraftfahrzeugunfälle (alle Altersgruppen); Brustkrebs (Frauen 25-64 Jahre); Morbus Hopkin (5-64 Jahre);

Mortalität. Eine der wenigen verlässlichen Daten zur Morbidität liefert die Statistik zur stationären Morbidität (Krankenhausdiagnosestatistik), die seit 1993 bundesweit geführt wird. Diese enthält Daten der vollstationären Behandlungsfälle nach Berichtsjahren getrennt bis auf Kreisebene. Auf deren Grundlage lässt sich zwar nur zum stationären Krankheitsgeschehen gesicherten Aussagen treffen, sie können jedoch auch – in Verbindung mit Informationen niedergelassener Ärzte vor Ort¹⁰⁶ – auch zur Einschätzung der ambulanten Morbidität herangezogen werden.¹⁰⁷

Gesicherte Aussagen zum Gesundheitszustand von Schulanfängern und eine solide Planungsgrundlage für zielgruppenspezifische Präventionsmaßnahmen (Kriterium 'Planungsrelevanz') liefern die schulärztliche und schulzahnärztliche Untersuchungsdaten, deren Erhebung und Dokumentation den kommunalen Gesundheitsämtern obliegt¹⁰⁸. Von hoher Planungsrelevanz nicht nur für den Bereich 'Gesundheit' (Straßenverkehrsunfälle als wichtiges Gesundheitsrisiko) sind ebenso Daten zu Verkehrsunfällen mit Personenschäden, ggf. differenziert nach der Art der Verkehrsbeteiligung.

Hinsichtlich relevanter Rahmenbedingungen bzw. Determinanten der gesundheitlichen Lage enthält die vorgenommene Auswahl demographische und soziale Indikatoren ebenso wie Indikatoren zu Gesundheitsrisiken aus der 'technischen Umwelt'¹⁰⁹ (Schwerpunkt 'Luftqualität'). Diese Indikatoren sollten entsprechend der oben beschriebenen Vorgehensweise einer Gemeindediagnose zur Analyse und Interpretation gesundheitsbezogener Daten herangezogen werden, wobei hierzu unbedingt auch ausgewiesene Expertenmeinungen heranzuziehen sind (vgl. Abschnitt 3.2).

Die wichtigste Analyse- und Interpretationsgrundlage der gesundheitsbezogenen Indikatoren sind die Daten über den Aufbau und die Entwicklung der Bevölkerung, auf die sich die Planungsaktivitäten beziehen sollen. Diese sind auch ein zentraler Bestandteil der kommunalen

Magen- und Duodenalgeschwüre (25-64 Jahre); perinatale Sterbefälle (Totgeborene und bis zum 7. Lebenstag verstorbene Säuglinge); Asthma (5-44 Jahre).

¹⁰⁶ Im Rahmen des Modellprojekts 'Ortsnahe Koordinierung' beteiligten sich in vielen Kommunen auch einzelne niedergelassene Ärzte an den Gesundheitskonferenzen bzw. an von diesen eingerichteten themenbezogenen Arbeitsgruppen.

¹⁰⁷ Bedauerlicherweise werden die Daten der verschiedenen Krankenkassen (Statistiken der Krankenversicherung – SGB IV, §§ 28 und 79) bislang nicht zusammengeführt, so dass hierauf basierende repräsentative Aussagen z.B. zum Einfluss sozialer Indikatoren auf die gesundheitliche Lage fehlen. Diese statistischen Angaben wären dazu jedoch grundsätzlich geeignet (vgl. zu diesem Thema Bardehle 2001:350).

¹⁰⁸ Voraussetzung ist jedoch, dass planungsrelevante, vergleichsorientierte Daten systematisch erhoben und bewertet werden. Diese Voraussetzung wird bislang nicht überall erfüllt.

¹⁰⁹ Gesundheitsrisiken aus der 'natürlichen' Umwelt können im Wesentlichen durch Klimafaktoren bedingt sein (z.B. die natürliche terrestrische/kosmische Strahlung) und können nicht beeinflusst werden. Einflussfaktoren aus der technischen Umwelt sind meistens durch den Menschen direkt oder indirekt verursacht und verbreiten sich über die Medien Wasser, Luft und Boden. Diese sind zahlenmäßig wichtiger als die natürlichen Faktoren und können die Gesundheit im größeren Maße beeinträchtigen. Sie können jedoch vom Menschen beeinflusst werden (z.B. durch Umweltschutzmaßnahmen).

Gesundheitsberichterstattung. Erst ein Bezug zur Bevölkerung ermöglicht eine sinnvolle Interpretation der Verteilung von Krankheiten, Versorgungsleistungen usw. Vor diesem Hintergrund wird hier – in Anlehnung an das *Procedere* in der Berichterstattung der Länder – die Erstellung einer 'demographischen Basistabelle' pro Kreis bzw. pro kreisfreie Stadt, ggf. pro Stadtbezirk bei Stadtstaaten vorgeschlagen. Eine solche Tabelle gibt die „Stichtagsbevölkerung zum 31.12. eines Jahres“ und der „Bevölkerungsstand im Jahresdurchschnitt“ wieder (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamtinnen und Medizinalbeamten der Länder (AGLMB) (Hrsg.) 1996 :13). Sie stellt damit die Grundlage für weitere, differenziertere Analysen der Bevölkerungsstruktur und -entwicklung dar (Bevölkerung nach Altersgruppen und Geschlecht, Prognose der Bevölkerungsentwicklung, ausländische Bevölkerung nach Nationalität¹¹⁰ etc.). Eine weitere, aus Public Health Perspektive, zentralen Analysedimension einer Basisdiagnose betrifft die soziale Lage der Menschen in der Kommune. Die soziale Lage hat vielfältige Einflüsse sowohl auf den Gesundheitszustand und auf das Gesundheitsverhalten von Menschen als auch auf die Art und Weise wie sie das gesundheitliche Versorgungssystem in Anspruch nehmen¹¹¹.

Unter sozialepidemiologischen Gesichtspunkten sollte eine handlungsorientierte Gemeindediagnose insbesondere auf Menschen in ungünstigen bzw. problematischen Lebenslagen fokussieren, ihre Anzahl und Zusammensetzung kritisch analysieren und mögliche Zusammenhänge zu gesundheitsbezogenen Indikatoren sowie Trends beschreiben. Zu der Gruppe von Menschen in ungünstigen Lebenslagen gehören diejenigen, die wegen Arbeitslosigkeit, Obdachlosigkeit oder wegen fehlendem oder unzureichendem Einkommen erheblichen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt sind. Mittlerweile besteht kein Zweifel mehr daran, dass z.B. Arbeitslosigkeit mit einer erhöhten gesundheitlichen Belastung verbunden ist (Elkeles/Seifert 1993; Elkeles 1998/1999; Elkeles 2001; Henkel 1998 u.a.). Unbestreitbar ist auch, dass Obdachlosigkeit mit einem extrem schlechten Gesundheitszustand einhergeht (Berlin 1997; Bouali et al. (Hrsg.) 1996; Egen 1998; Trabert 1995/1997 u.a.).¹¹² Ebenso ausreichend belegt ist die Existenz eines

¹¹⁰ In der neuen deutschsprachigen Literatur zum Thema „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“ (vgl. z.B. Helmer et al. 2000; Mielck 2000) wird 'Nationalität' als zentrales Merkmal der horizontalen sozialen Ungleichheit definiert. Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Nationalität und Morbidität besteht hierzulande weitgehend Einigkeit darüber, dass Migranten bzw. Flüchtlinge mit besonders gravierenden gesundheitlichen Belastungen konfrontiert und dass bei ihnen erhebliche Mängel in der gesundheitlichen Versorgung vorhanden sind (Altenhofen/Weber 1993; Berg 1998, Bouali et al. (Hrsg.) 1996; Lechner/Mielck 1998; Gardemann et al. (Hrsg.) 2000: 261). Vor diesem Hintergrund sollte die Bevölkerungsgruppe 'Migranten bzw. Flüchtlinge' als Risikopopulation einer besonderen Beobachtung und Analyse unterzogen werden.

¹¹¹ Ein umfassender Überblick zu den konzeptionellen Grundlagen und Ergebnissen sozialepidemiologischer Forschung findet sich in Mielck, A./Bloomfield, K. (Hrsg.) 2001.

¹¹² Obdachlose weisen, wenn sie mit dem Gesundheitssystem in Kontakt kommen, häufig Anzeichen für nicht behandelte, verschleppte Krankheiten auf. Aus diesem Grund sind aufsuchende Gesundheitshilfen notwendig. Die Ärztekammer Westfalen Lippe hat in den Jahren 1996 und 1997 in vier Regionen (Bielefeld, Bochum,

Gradienten bei dem Zusammenhang 'Einkommensniveau und Morbidität'. D.h. der Gesundheitszustand wird mit abnehmendem Einkommen zumeist stufenweise schlechter, wobei die größten Unterschiede sich beim Vergleich zwischen extremen Einkommensgruppe zeigen (vgl. u.a. Black et al. 1982; WHO 1998; Helmert et al. 2000; Mielck 2000: 76-121; Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg (Hrsg.) 2001:25ff).

In der Diskussion über den Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit wird Einkommen als der zentrale Maßstab für die (vertikale) soziale Ungleichheit angesehen, wobei die sozialepidemiologische Forschung vor allem Ausmaß, Verteilung und Entwicklung der (Einkommens-) Armut (bzw. relative Armut)¹¹³ und deren Auswirkungen auf die Morbidität und Mortalität untersucht. Relative Armut ist besonders verbreitet bei Kindern, bei Ausländern, bei Arbeitslosen, bei großen Familien, bei Alleinerziehenden und bei Erwachsenen mit Hauptschulabschluss (vgl. Mielck 2000:40). Dementsprechend sollte auch im Rahmen einer Basisdiagnose (und ggf. im Rahmen weitergehenden Analysen) das Ausmaß der Armutsproblematik bei diesen Personengruppen einer kritischen Analyse unterzogen werden. Mögliche Interventionen sozialkompensatorischer bzw. präventiver Art können nur so bedarfsorientiert geplant und durchgeführt werden.

Es lassen sich zwei Ansätze zur Messung bzw. Abbildung der relativen Armut in einer Kommune/Region unterscheiden. Der eine beruht auf der Erfassung von Sozialhilfeempfängern und der andere auf der Erfassung des 'Äquivalenz-Haushalts-Nettoeinkommens' der Bevölkerung. Bei der Sozialhilfe wird unterschieden zwischen Zahlungen an Personen außerhalb von Einrichtungen und Zahlungen an Personen innerhalb von Einrichtungen (z.B. Alten- und Pflegeheimen). Des weiteren wird unterschieden zwischen der 'Hilfe zum Lebensunterhalt' und der 'Hilfe in besonderen Lebenslagen'¹¹⁴. Bei der 'Hilfe zum Lebensunterhalt' wird weiter unterschieden zwischen den 'laufenden Leistungen' (z.B. für Ernährung, Heizung etc.) und den 'einmaligen Leistungen' (z.B. für die Anschaffung von Hausrat). Da die 'laufenden Leistungen' mit ca. 85% (1993) den Hauptteil der Leistungen für die 'Hilfe zum Lebensunterhalt' außerhalb von Einrichtungen ausmachen, wird auch hier dieser Indikator zur Einschätzung von Armut in der Kom-

Dortmund und Münster) zusammen mit örtlichen Trägern der freien Wohlfahrtspflege ein Modellprojekt „Aufsuchende Gesundheitsfürsorge für Obdachlose“ durchgeführt, dessen Ergebnisse in einem Abschlussbericht festgehalten wurden (vgl. Stadt Münster 2001:20).

¹¹³ In Abgrenzung zum Begriff 'absolute Armut', der den lebensbedrohenden Mangel an materiellen Ressourcen wie Nahrung und Kleidung beschreibt, bezeichnet der Begriff 'relative Armut' die Situation von Personen, die über erheblich weniger finanzielle Mittel verfügen als die Mehrheit der Bevölkerung. „Auch wenn sie nicht hungern und frieren müssen, so geht ihre finanzielle Situation doch häufig mit besonders belastenden Lebensverhältnissen einher“ (Mielck 2000:34).

¹¹⁴ Inhaltlich hängen beide Unterteilungen eng zusammen: 1993 wurde die 'Hilfe zum Lebensunterhalt' zu 92% an Personen außerhalb von Einrichtungen gezahlt und die 'Hilfe in besonderen Lebenslagen' zu 89% an Personen innerhalb von Einrichtungen (Mielck 2000:29).

mune vorgeschlagen (vgl. Tabelle 14, Seite 157, Indikator Nr. 2.8). Für diesen Indikator spricht aber auch die Tatsache, dass über die Sozialhilfe-Statistik verlässliche und periodisch veröffentlichte Angaben über die Zahl der Sozialhilfe-Empfänger verfügbar sind.¹¹⁵ Im Gegensatz dazu müssen die Angaben zum Haushalts-Nettoeinkommen den verfügbaren Bevölkerungsbefragungen entnommen werden.¹¹⁶

Daten zur sozialen Lage der Bevölkerung erlangen allerdings erst dann große Relevanz für ein kommunales bzw. regionales Gesundheitsmanagement, wenn sie sinnvoll mit Gesundheitsindikatoren verknüpft werden. Eine solche Verknüpfung findet jedoch selten in systematischer Form statt. Eine Ausnahme stellt die Hansestadt Hamburg dar, von der seit Jahren zahlreiche konzeptionelle Vorschläge und Erfahrungen zur Gestaltung einer kommunalen GBE stammen.¹¹⁷ Hier hat sich ein Verfahren bewährt, das zum Ziel hat, den Zusammenhang zwischen sozialer Lage und Gesundheit in den einzelnen Stadtteilen zu beleuchten. Ausgangspunkt ist die Berechnung einer 'Maßzahl der mittleren sozialen Lage der Bevölkerung' für jeden Stadtteil mit Hilfe der Faktorenanalyse. In diesen Wert gehen u.a. Angaben zum Bildungsniveau, zum Arbeitslosenanteil und zum mittleren Einkommen ein. Die Maßzahl gibt demnach an, welche soziale Gruppe in dem jeweiligen Stadtteil überwiegt und wie schwerwiegend die sozialen Probleme im Mittel sind. Auf der Grundlage dieser Maßzahl lassen sich Bevölkerungsgruppen miteinander vergleichen und Aussagen über mögliche Häufungen sozialer und gesundheitlicher Phänomene machen:

„Die Untersuchung von Kausalbeziehungen, d.h. die Klärung der Frage, ob bestimmte soziale Phänomene gesundheitliche oder gesundheitliche Phänomene soziale verursachen, ist mit Hilfe des Regionalvergleichs prinzipiell nicht möglich. Dennoch lassen sich mit Kenntnis der regionalen Besonderheiten Hypothesen entwickeln, auf deren Grundlage z.B. gesundheitsfördernde Maßnahmen initiiert werden können. Gesundheitsförderung richtet sich, anders als z.B. die gesundheitliche Versorgung, vor allem an Bevölkerungsgruppen und liegt deshalb auf der gleichen Ebene wie der hier gewählte Ansatz“ (Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg (Hrsg.) 2001:25).

¹¹⁵ Die Beschreibung der (relativen) Armut in der Bevölkerung anhand des Indikators 'Sozialhilfe' ist dennoch nicht ganz frei von methodischen- und Interpretationsproblemen. Wenn beispielsweise der Anteil der Sozialhilfe-Empfänger zunimmt, muss dies nicht unbedingt heißen, dass mehr Personen als früher über ein sehr geringes Einkommen verfügen. Es ist auch möglich, dass die Einkommensgrenze für den Bezug von Sozialhilfe angehoben wurde. Eine Zunahme der Sozialhilfe-Empfänger würde dann nicht auf eine zunehmende Armut, sondern auf eine bessere staatliche Versorgung von einkommensschwachen Personen hinweisen. Denkbar wäre auch, dass ein größerer Teil der Anspruchsberechtigten einen Antrag auf Sozialhilfe gestellt hat (vgl. Mielck 2000:33).

¹¹⁶ Es sind jedoch nur wenige große Bevölkerungsbefragungen vorhanden, und bei ihnen können diverse methodische Probleme auftreten (Befragte können die Auskunft zum Einkommen verweigern, die Angaben zum Einkommen können ungenau sein; die Angaben zum Anteil der einkommensarmen Personen variieren von Studie zu Studie etc.) (vgl. Mielck 2000:37).

¹¹⁷ Vgl. u.a. Hamburger Projektgruppe Gesundheitsberichterstattung 1996; Vorbildcharakter für andere Länder haben der erste und zweite umfassende Gesundheitsbericht der Stadt Hamburg. Der erste erschien 1992, der zweite 2001 (vgl. Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg (Hrsg.) 2001).

Wegen der grundsätzlichen Praktikabilität dieser Methode auch in kleineren Städten und in Landkreisen (z.B. durch die Fokussierung einzelner Gemeinden), stellt sie einen wichtigen Beitrag zur Weiterentwicklung der kommunalen GBE dar.

Bei der Analyse und Interpretation gesundheitsbezogener Indikatoren sollten schließlich neben den genannten demographischen und sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen auch anthropogen verursachte Gesundheitsrisiken aus der Umwelt in Betracht gezogen werden. Diesem Umstand trägt in besonderer Art und Weise die umweltbezogene Gesundheitsberichterstattung Rechnung.¹¹⁸ Im Rahmen einer Basisdiagnose mit explorativem Charakter wie sie hier konzipiert wird, kann das ganze Spektrum möglicher umweltbedingter Gesundheitsrisiken nicht abgedeckt werden. In Anlehnung an die Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamtinnen und Medizinalbeamten der Länder (AGLMB) empfiehlt sich im Hinblick auf die (regelmäßige) Beurteilung der Umweltbelastungen in der Kommune, eine Auswahl von Indikatoren vorzunehmen, die folgenden Kriterien Rechnung trägt:

- wissenschaftlich dokumentierte toxikologische Wirkung des Schadstoffs¹¹⁹
- Umfang/Intensität der Exposition (aus epidemiologischer Sicht erscheint es sinnvoll, im Rahmen der Basisdiagnose zunächst Expositionen mit großem Umfang – z.B. über die Außenluft – als Auswahlkriterium vorzuschlagen).
- Quantifizierbarkeit der Umweltbelastung (Bewertung anhand von Richt- bzw. Grenzwerten).
- Verfügbarkeit bzw. Zugänglichkeit der entsprechenden Daten auf kommunaler bzw. regionaler Ebene.

Die 'klassischen Luftschadstoffe' (Stickstoffdioxid, Schwefeldioxid, Schwebstaub und Ozon) sowie Benzol und Ruß in der Außenluft sind wegen ihrer nachgewiesenen Auswirkungen auf

¹¹⁸ Im weitesten Sinne fällt unter umweltbezogener Gesundheitsberichterstattung jede Behandlung von Umweltthemen in der GBE sowie jede Behandlung von Gesundheitsthemen in der Umweltberichterstattung. umweltbezogene Gesundheitsberichterstattung kann jedoch auch einen eigenständigen Ansatz an der Nahtstelle von Gesundheits- und Umweltthemen bezeichnen. Für diese eigenständige Form der Berichterstattung gibt es allerdings bisher nur wenige publizierte Beispiele. Im Kontext der Gesundheitswissenschaften wird die umweltbezogene Gesundheitsberichterstattung mittlerweile als wichtiges Instrument zur empirischen Fundierung von Gesundheitsplanung und präventiv orientierter Gesundheitspolitik betrachtet. Über den Anspruch reiner Medizinal- und Umweltstatistik hinausgehend, gehören hierzu inhaltliche, systematisch aufgebaute und wissenschaftlich fundierte Berichte mit Interpretationen des Datenmaterials, Einbeziehung prognostischer Elemente und Orientierung an gesundheitspolitisch bedeutsamen Themen (vgl. Vogt, A. 2000:48; Fehr et al. 1999).

¹¹⁹ Da, wo die toxikologische Wirkungen von Schadstoffen dokumentiert sind, ist ein Monitoring der Schadstoffe in Umweltmedien (z.B. Luft und Wasser) sinnvoll. Dadurch ist es möglich, eine Zunahme von Schadstoffbelastungen zu erkennen und ggf. zu beeinflussen, bevor gesundheitliche Auswirkungen zu erwarten sind (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamtinnen und Medizinalbeamten der Länder (AGLMB) 1996:108).

das Atmungssystem von Bedeutung (vgl. Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten und Medizinalbeamten der Länder 1996:116). Insbesondere Benzol und Ruß gelten als wichtige kanzerogene Luftschadstoffe (vgl. u.a. Eikmann/Goen 2000:7f; Bruckmann 2000:8f). Vor diesem Hintergrund erscheint eine regelmäßige Erfassung und Beobachtung der Belastung durch diese Substanzen unter epidemiologischen und gesundheitspolitischen Gesichtspunkten sinnvoll und notwendig. Für die Berücksichtigung der genannten Luftschadstoffe durch entsprechende Indikatoren spricht weiterhin der Umfang der Exposition (der Exposition über die Außenluft ist grundsätzlich die Gesamtbevölkerung ausgesetzt) und ihre regelmäßige Messung und Überwachung durch die Umweltbehörden.¹²⁰ Die hier vorgeschlagenen 'Umweltindikatoren' tragen somit den oben postulierten Kriterien in besonderer Weise Rechnung.

Weitere Erläuterungen zu den in diesem Abschnitt diskutierten Aspekte und Indikatoren einer Basisdiagnose der gesundheitlichen Lage in der Kommune sowie Angaben zu vorhandenen Datenquellen sind aus der nachfolgenden Tabelle 14 (Basisindikatoren) zu ersehen.

¹²⁰ Messwerte sind größtenteils über die Internet-Adresse des Landesumweltamts zugänglich; diese lautet: www.lua.de.

Tabelle 14: Auswahl von Indikatoren für eine Basisdiagnose der gesundheitlichen Lage auf kommunaler Ebene

<i>Indikatoren</i>	<i>Erläuterungen</i>	<i>Datenquelle / Datenhalter</i>
<i>Gesundheitsbezogene Indikatoren</i>		
<u>Mortalität</u>		
<ul style="list-style-type: none"> Anzahl der Sterbefälle (absolute Zahlen) 	<ul style="list-style-type: none"> Dieser Indikator ist relevant für die Einschätzung des absoluten Ausmaßes der Mortalität in einer Region. Er stellt außerdem die Grundlage für alle weiteren Indikatoren (vgl. Indikatorensatz der Länder → Indikator 3.1). 	<ul style="list-style-type: none"> Statistische Landesämter (Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik in NRW) Ggf. lokale statistische Jahrbücher Datenservice des Landesinstituts für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögd) (Programm GBE-Stat)¹²¹.
<ul style="list-style-type: none"> Altersstandardisierte Raten (europäische Standardbevölkerung) 	<ul style="list-style-type: none"> Dieser Indikator ist für alters- und geschlechtsübergreifende Vergleiche (zwischen Regionen oder über die Zeit) am genauesten, weil der Einfluss eines unterschiedlichen Altersaufbaus der Bevölkerungen eliminiert wird (vgl. Indikatorensatz der Länder → Indikator 3.1). 	<ul style="list-style-type: none"> Todesursachenstatistik Datenservice des Landesinstituts für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögd) (Programm GBE-Stat). Einwohnermelderegister
<ul style="list-style-type: none"> Alters-, geschlechtsspezifische Raten 	<ul style="list-style-type: none"> Die Sterbefälle werden auf die zugehörigen Personenjahre unter Risiko – nach Geschlecht – bezogen (vgl. Indikatorensatz der Länder → Indikator 3.2). 	<ul style="list-style-type: none"> Todesursachenstatistik Datenservice des Landesinstituts für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögd) (Programm GBE-Stat). Einwohnermelderegister

¹²¹ Seit Herbst 1998 bietet das lögd das Programm GBE-Stat als Datenservice an. Die in dem Programm enthaltenen Daten zur Bevölkerung, Sterblichkeit, Krankenhausdiagnosestatistik, Rentenzugänge etc. ermöglichen Gesundheitsdaten flexibel auf kommunaler Ebene auszuwerten und unmittelbar für die GBE zu nutzen (vgl. Bardehle 2000:100). Eine Zusammenstellung aller kommunalen Gesundheitsindikatoren findet man unter der Adresse:
http://www.loegd.nrw.de/gesundheitsberichterstattung/gesundheitsindikatoren/kommunale_gesundheitsindikatoren/frameset.html

<i>Indikatoren</i>	<i>Erläuterungen</i>	<i>Datenquelle / Datenhalter</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Ausgewählte Todesursachen (spezifische Sterblichkeiten) differenziert nach: Gestorbene insgesamt Gestorbene nach Altersklassen Gestorbene unter 65 Jahren Gestorbene unter 65 Jahren je 100.000 Einw. der Alters- und Geschlechtergruppe und Verlorene Lebensjahre je 100.000 Einw. (altersstandardisierte Rate). 	<ul style="list-style-type: none"> • Dieser Indikator erfasst die häufigsten Todesursachengruppen (bösartige Neubildungen, Krankheiten des Kreislaufsystems und Krankheiten der Atmungsorgane. Wegen ihrer gesundheits-politischen Relevanz und ihrer grundsätzlichen Beeinflussbarkeit werden außerdem die Todesursachen AIDS, Krankheiten der Verdauungsorgane, Unfälle und Suizide berücksichtigt. (vgl. Indikatorenatz der Länder → Indikator 3.8). 	<ul style="list-style-type: none"> • Todesursachenstatistik • Datenservice des Landesinstituts für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögd) (Programm GBE-Stat). • Einwohnermelderegister
<ul style="list-style-type: none"> • Vermeidbare Todesfälle im Regionalvergleich (Anzahl bezogen auf koronare Herzkrankheiten, bösartige Neubildung der Luftröhre, Bronchien und Lunge, chronische Leberkrankheit und -zirrhose und Kraftfahrzeugunfälle). 	<ul style="list-style-type: none"> • Dieser Indikator ist explizit für einen Regionalvergleich konzipiert worden. Die entsprechenden Daten sollen eine Reflexion über die Qualität von Prävention und Versorgung sowie die Lokalisierung und Begründung von Interventionen im Gesundheitssystem vor Ort ermöglichen (vgl. Indikatorenatz der Länder → 3.13)¹²². 	<ul style="list-style-type: none"> • Todesursachenstatistik • Datenservice des Landesinstituts für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögd) (Programm GBE-Stat).
<ul style="list-style-type: none"> • Säuglingssterblichkeit (Sterbefälle je 1000 Lebendgeborene) im Zeitvergleich 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Ursachen der Säuglingssterblichkeit hängen unter anderem eng zusammen mit dem Alter der Mütter und deren sozialen Lage, gesundheits-riskantem Verhalten, aber auch mit den Möglichkeiten der gesundheitlichen Vorsorge und medizinischen Versorgung. Letzteres gilt besonders für die Frühsterblichkeit (in den ersten 7 Tagen). Daten zur Säuglingssterblichkeit können folglich zu Einleitung und Begründung präventiver Maßnahmen herangezogen werden (vgl. Indikatorenatz der Länder → Indikator 3.4). 	<ul style="list-style-type: none"> • Todesursachenstatistik und Geburtsstatistik • Datenservice des Landesinstituts für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögd) (Programm GBE-Stat).

¹²² Bei einzelnen Todesursachen können die Fallzahlen allerdings – je nach betrachteten Population – so gering sein, dass größere Zufallsschwankungen zu erwarten sind. Um dies auszugleichen empfiehlt die AGLMB die Anwendung spezieller Standardisierungsverfahren, deren Erläuterung den Rahmen dieses Indikatorenüberblicks sprengen würde (vgl. hierzu Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamtinnen und Medizinalbeamten der Länder (AGLMB) (Hrsg.) 1996, Seiten 30f und 48).

<i>Indikatoren</i>	<i>Erläuterungen</i>	<i>Datenquelle / Datenhalter</i>
<u>Morbidität</u>		
<ul style="list-style-type: none"> • Stationäre Morbidität 	<ul style="list-style-type: none"> • Seit dem Jahr 1993 wird bundesweit eine Krankenhausdiagnostikstatistik geführt. Der GBE stehen somit Daten der vollstationären Behandlungsfälle nach Berichtsjahren getrennt bis auf Kreisebene zur Verfügung. 	<ul style="list-style-type: none"> • Datenservice des Landesinstituts für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögd) (Programm GBE-Stat).
<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheit von Schulanfängern 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Daten der Schuleingangsuntersuchungen erlauben die Bestandsaufnahme und das Monitoring des Gesundheitszustands von Schulanfängern. Sie stellen darüber hinaus die Grundlage für notwendige Präventionsmaßnahmen dar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunale Gesundheitsämter • Datenservice des Landesinstituts für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögd) (Programm GBE-Stat).
<ul style="list-style-type: none"> • Verkehrsunfälle mit Personenschäden • Personenschäden nach Verkehrsbeteiligung (Fußgänger, Radfahrer, PKW-Fahrer etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Straßenverkehrsunfälle stellen ein wichtiges Gesundheitsrisiko dar, sie sind somit von Relevanz sowohl für die Gesundheitsplanung als auch für die Verkehrsunfallprävention (Indikatorenatz der Länder → Indikator 3.33... 	<ul style="list-style-type: none"> • Straßenverkehrsunfallstatistik; Polizei • (Statistik der Straßen- und Luftverkehrsunfälle) • Statistisches Landesamt (Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik in NRW); ggf. lokale statistische Jahrbücher.
<i>Indikatoren zu möglichen Determinanten der gesundheitlichen Lage</i>		
<u>Basisdaten zur Demographie</u>		
<ul style="list-style-type: none"> • Einwohnerzahl zum Stichtag (31.12. eines Jahres) und im Jahresdurchschnitt 	<ul style="list-style-type: none"> • Für eine Reihe von Indikatoren, insbesondere hinsichtlich der Sterblichkeit, bildet die Wohnbevölkerung einer Region in einem bestimmten Zeitraum die Bevölkerung unter Risiko und damit die „Nennergröße“ bei der Indikatorenbildung (vgl. AGLMB 1996:31). (Indikatorenatz der Länder → Indikator 2.1a) 	<ul style="list-style-type: none"> • Statistisches Landesamt (Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik in NRW); ggf. lokale statistische Jahrbücher. • Datenservice des Landesinstituts für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögd) (Programm GBE-Stat)
<ul style="list-style-type: none"> • Bevölkerung nach Alter und Geschlecht 	<ul style="list-style-type: none"> • Mit diesem Indikator kann der Anteil der Kinder, der erwerbsfähigen Bevölkerung und der Bevölkerung im Ruhestand sowie die jeweilige Frauenquote als %-Anteil berechnet werden (Indikatorenatz der Länder → Indikator 2.3). 	<ul style="list-style-type: none"> • Statistisches Landesamt (Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik in NRW); ggf. lokale statistische Jahrbücher. • Datenservice des Landesinstituts für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögd) (Progr. GBE-Stat)

<i>Indikatoren</i>	<i>Erläuterungen</i>	<i>Datenquelle / Datenhalter</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Ausländische Bevölkerung (Stichtags- und mittlere Bevölkerung, ggf. nach Verwaltungsbezirken) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hinsichtlich des Zusammenhangs zwischen Nationalität und Morbidität besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass Migranten und Flüchtlinge oft mit besonders gravierenden gesundheitlichen Belastungen konfrontiert und dass bei ihnen erhebliche Mängel in der gesundheitlichen Versorgung vorhanden sind).(Indikatorensatz der Länder → Indikator 2.18) 	<ul style="list-style-type: none"> • Statistisches Landesamt (Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik in NRW); ggf. lokale statistische Jahrbücher. • Datenservice des Landesinstituts für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögD) (Programm GBE-Stat)
<i>Soziale Lage</i>		
<ul style="list-style-type: none"> • Sozialhilfe-Inanspruchnahme (laufende Hilfe zum Lebensunterhalt für Bürger außerhalb von Einrichtungen/Anstalten) 	<ul style="list-style-type: none"> • Die Sozialhilfedichte gilt in der deutschen sozialepidemiologischen Forschung als zuverlässiger Indikator zur Einschätzung der relativen Armut. Entsprechende Daten werden von der Sozial-Hilfe-Statistik regelmäßig zur Verfügung gestellt. (Indikatorensatz der Länder → Indikator 2.8) 	<ul style="list-style-type: none"> • Sozialamt/Sozialhilfe-Statistiken
<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitslosigkeit (Arbeitslose und Arbeitslosenquote) 	<ul style="list-style-type: none"> • Nach Erkenntnissen sozialepidemiologischer Forschung sind Arbeitslose und insbesondere Langzeitarbeitslose einer erhöhten gesundheitlichen Belastung ausgesetzt, sie sind folglich als vulnerable Gruppe zu betrachten. (Indikatorensatz der Länder → Indikator 2.9) 	<ul style="list-style-type: none"> • Statistisches Landesamt; aktuelle (Schätz-) Daten der regionalen Arbeitsämtern • Datenservice des Landesinstituts für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögD) (Programm GBE-Stat)
<ul style="list-style-type: none"> • Obdachlosigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Obdachlose weisen, wenn sie mit dem Gesundheitssystem in Kontakt kommen, häufig Anzeichen für nicht behandelte, verschleppte Krankheiten auf. Aufgrund ihrer besonderen Lage gehören sie zu den Bevölkerungsgruppen, bei denen keine ausreichende gesundheitliche Versorgung sichergestellt ist und infolgedessen nur durch „Leistungen der Gesundheitshilfe“ (z.B. ÖGDG §§14, 15,16 ÖGDG) erreicht werden können. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sozialamt-Statistik, ansonsten Schätzungen.
<ul style="list-style-type: none"> • Mittlere soziale Lage der Bevölkerung 	<ul style="list-style-type: none"> • In die 'Maßzahl der mittleren soziale Lage der Bevölkerung' gehen u.a. Angaben zum Bildungsniveau, zum Arbeitslosenanteil und zum mittleren Einkommen ein. Sie kann als Index mit Indikatoren der gesundheitlichen Lage verknüpft werden und somit Aussagen zu möglichen Zusammenhängen zwischen der sozialen Situation und dem Gesundheitszustand gestatten. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sozialamt-Statistik • Statistisches Landesamt (Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik in NRW); ggf. lokale statistische Jahrbücher. • Kommunale Gesundheitsämter • Todesursachenstatistik • Datenservice des Landesinstituts für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögD) (Programm GBE-Stat). • Einwohnermelderegister

<i>Indikatoren</i>	<i>Erläuterungen</i>	<i>Datenquelle / Datenhalter</i>
<p><u><i>Gesundheitsrisiken aus der technischen Umwelt</i></u> <i>(Schwerpunkt „Luftqualität“).</i></p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Schadstoffe in der Außenluft <ul style="list-style-type: none"> - Stickstoffdioxid - Schwefeldioxid - Schwebstaub - Ozon - Benzol in Außenluft - Ruß in der Außenluft 	<ul style="list-style-type: none"> • Gesundheitliche Schäden auf das Atmungssystem sind durch eine zu hohe Konzentration dieser Luftschadstoffe nicht auszuschließen. Es wird empfohlen, Trends und regionale Unterschiede durch Jahresmittelwerte und 98%-Werte (Wert, den 98% der Werte nicht überschreiten) darzustellen. (vgl. Indikatorenansatz der Länder → Indikator 5.7). • Benzol und (Diesel-)Ruß werden in Fachkreisen als bedeutende kanzerogene Luftschadstoffe bewertet. Vor diesem Hintergrund werden Ruß und Benzol seit Juli 1995 nach der 23. Bundesemissionschutzverordnung bundesweit an bevölkerungsrelevanten Belastungsschwerpunkten gemessen. (Indikatorenansatz der Länder → Indikatoren 5.9 und 5.10) 	<ul style="list-style-type: none"> • Landesumweltamt (Im Internet: www.lua.nrw.de) • Datenservice des Landesinstituts für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögD) (Programm GBE-Stat). • Landesumweltamt (Im Internet: www.lua.nrw.de) • Landesumweltamt/Straßenverkehrsamt

3.2 Einschätzungen und Beobachtungen von einschlägigen Experten

Entsprechend der oben vorgeschlagenen Konzeptualisierung einer Basisdiagnose (Abbildung 15, Seite 140), bedarf es zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage – neben der Erfassung 'harter' gesundheitsbezogener Daten – der Berücksichtigung von Expertenmeinungen innerhalb und außerhalb des kommunalen Gesundheitswesens.

Ein Informationsaustausch zwischen den im lokalen Gesundheitswesen tätigen Akteuren (aus dem Kontext des ÖGD selbst, aus der Ärzteschaft, aus den Krankenkassen, den Wohlfahrtsverbänden, den Kirchen, den freien Trägern der sozialen und gesundheitlichen Arbeit etc.) aber auch der Dialog mit Experten aus anderen Verwaltungsbereichen (insbesondere aus den Ressorts 'Soziales', 'Umwelt', 'Jugend', 'Wohnen') kann dazu beitragen, gesundheitsrelevante Entwicklungen vor Ort in den entsprechenden Bereichen zu erkennen oder Klarheit über ein als problematisch identifizierter Versorgungsbereich bzw. über eine besondere Zielgruppe der lokalen Gesundheitsversorgung zu erlangen.

Eine gute Möglichkeit an Experten heran zu treten, ergibt sich im Rahmen der kommunalen Gesundheitskonferenzen: Vertreterinnen und Vertreter der teilnehmenden Institutionen können bei der Gesundheitskonferenz ad hoc befragt oder zur Teilnahme an einer formalisierten schriftlichen oder mündlichen Befragung aufgefordert werden (vgl. Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LGRP) (Hrsg.) 1997:40f). Im Kontext der Gesundheitskonferenz bietet sich ebenfalls die Delphi-Methode an, die auch in der oben genannten Studie von Schopper et al. (2000) in der Schweiz zur Anwendung kommt.

Ein anderes, eher pragmatisches Verfahren für die Eruiierung von Experten-Einschätzungen wird gegenwärtig in der Stadt Münster praktiziert. Hier wurde eine bereichsübergreifende Planungsgruppe gegründet bestehend aus Planern aus den Bereichen Jugend, Gesundheit, Soziales und Wohnen. Diese Gruppe tauscht sich regelmäßig über aktuelle Entwicklungen in den jeweiligen Bereichen aus. Ziel dieser Gruppe ist es u.a., ein Sozialplanungsinformationssystem für die Stadt Münster zu errichten mit dessen Hilfe bedeutsame Daten für die örtliche Sozialplanung (Jugendhilfeplanung, Sozialplanung, Gesundheitsplanung, Kommunalen sozialer Dienst) systematisch gesammelt und dargestellt werden (Weth 1999:111).

3.3 Die Erhebung der Bürger-/Patientenperspektive durch das 'Erhebungsmodell'

Eine umfassende Beurteilung der gesundheitlichen Lage und Versorgung – als informationelle Basis einer bedarfsgerechten Gestaltung von Strukturen und Prozessen des Gesundheitssystems – muss die Einschätzungen und Wahrnehmungen der Nutzer gesundheitsbezogener Dienste und Leistungen einbeziehen. Der im Zusammenhang mit der Diskussion der Leitbilder der 'Ortsnahen Koordinierung' genannte Ansatz einer 'Beratungsbeteiligung' ermöglicht zwar die Partizipation der Selbsthilfe und anderen Patientenorganisationen an gesundheitspolitischen Beratungs- und Entscheidungsprozessen nach dem Entsandtenmodell (vgl. Kapitel III), dieser Ansatz ist jedoch wenig geeignet, wenn es darum geht, eine möglichst breite Bürgerbeteiligung an der Situationsanalyse im lokalen Gesundheitswesen zu realisieren. Hierzu eignet sich eher das 'Erhebungsmodell' als eine mittelbare Form der Bürgerbeteiligung durch die Ermittlung ihrer Einstellungen, Einschätzungen und Bewertungen:

„Durch die Erhebung von Patienten-, Versicherten- und Bürgerpräferenzen, -einstellungen und -orientierungen durch private und/oder öffentliche Institutionen können wichtige Informationen gewonnen werden, die es ermöglichen, Kommunikations- und Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen stärker an Bürgerinteressen heranzuführen. In Betracht kommen z.B. Befragungen, Interviews, Bürgerhearings über wichtige anstehende Regelungsfragen im Gesundheitswesen (...)“ (Francke/Hart 2001:61; Tabelle 15, Seite 161).

Insbesondere die Methode der Befragung stellt ein gängiges und relativ leicht zu handhabendes Verfahren dar, das – im Vergleich zu anderen Verfahren¹²³ – mehr oder weniger zuverlässige und repräsentative Informationen zutage fördern kann (vgl. z.B. Behrendt 1996:76f).

Es gibt unterschiedliche Befragungstypen, die sich hinsichtlich der Kriterien Repräsentativität, Schwierigkeit und Art der Durchführung, Umfang etc. unterscheiden.

¹²³ Bezugnehmend auf die Bürgerbeteiligung bei der Entwicklung einer Prioritätenliste für die Medicaid-Versorgung im amerikanischen Bundesstaat Oregon ('Oregon Health Plan'), weisen Güntert/Fozouni (2000) auf die Probleme bei der Anwendung von Instrumenten der direkten Demokratie (z.B. öffentliche Hearings, Beteiligungen an Komitees, Meetings auf lokaler Ebene, Abstimmungen) hin. „So gelingt es in öffentlichen Hearings und kommunalen Meetings nur schwer, repräsentative, d.h. nicht von Einzelinteressen geleitete Meinungen, zu erheben. Tatsächlich waren in den meisten Hearings/Meetings Unausgewogenheiten der befragten und/oder beteiligten Personen zu verzeichnen. Der Oregon Health Plan bezieht sich lediglich auf die Medicaid-Versicherten. Fragwürdig am Prozeß der öffentlichen Anhörungen war, dass der Anteil der betroffenen Personen so gering war; d.h. dass nicht die Medicaid-Versicherten nach den ihnen wichtigen gesundheitlichen Leistungen befragt wurden, sondern dass weitgehend die privat- oder auch durch den Arbeitgeber versicherten Personen die Entscheidungen beeinflusst haben“ (Güntert/Fozouni 2000:10).

Tabelle 15: Auswahl der wichtigsten Methoden zur Erfassung der „Bürgerperspektive“ nach dem „Erhebungsmodell“ (eigene Darstellung)

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bevölkerungs-/Bürgerbefragungen
 ▪ Stadtteilbefragungen/Stadtteilberichterstattung
 ▪ Fokus Gruppen Interviews zur Erhebung der Versorgungssituation und -qualität aus der Sicht der Nutzer |
|---|

Die aussagekräftigste aber auch aufwendigste und teuerste Variante der Befragung ist die schriftliche, repräsentative Befragung. Wenn die finanziellen oder personellen Mittel für aufwendige repräsentative Erhebungen oder systematische Bürgerbefragungen fehlen, bietet sich die Methode der Passantenbefragung/Stadtteilbefragung an (Friedrichs/Wolf 1990). Sie wird im Gesundheitsbereich u.a. in der kleinräumigen GBE dafür benutzt, die gesundheitsfördernden und die gesundheitsbeeinträchtigenden Faktoren in einem bestimmten Untersuchungsgebiet, etwa eines Stadtteils, zu ermitteln (vgl. Süß 1996:86; darüber hinaus Riemann/Wagner 1994:12f). Die Passantenbefragung ist eine Form der Bürgerbeteiligung in der Gesundheitsberichterstattung und gleichzeitig eine Form der Aktivierung von Bürgern durch gezieltes Fragen nach den örtlichen gesundheitlichen Problemen, den Verbesserungsvorschlägen und den Beteiligungsmöglichkeiten.

Der wesentliche Vorteil der Passantenbefragung besteht darin, dass man in relativ kurzer Zeit sehr viele Interviews erhalten kann. Mit Passantenbefragungen kann zwar keine Repräsentativität im strengen methodischen Sinne erreicht werden, bei ihrem sorgfältigen Einsatz können sich in ihren Ergebnissen aber die Meinungen aller Alters- und Geschlechtsgruppen, sozialen Schichten und Stadtteile abbilden (Riemann/Wagner 1994:12f)¹²⁴.

Eine weitere Methode zur Eruierung der Bürger-/Patientenperspektive stellen die Fokus-Gruppen-Interviews dar. Es handelt sich hierbei um semi-strukturierte Gruppendiskussionen, deren Verlauf durch thematische Vorgaben – einem Leitfaden folgend – eingeleitet wird (Merton/Kendall 1979; Badura/Siering 1999). Eine Stärke der Fokus Gruppen Methode liegt in der Chance, valide Informationen über die Vorstellungen und Wirklichkeitswahrnehmungen der untersuchten Population zu erheben:

¹²⁴ Wertvolle praktische Hinweise zur Vorbereitung, Durchführung und Auswertung von Passantenbefragungen, die ein möglichst repräsentatives Bild der Gemeinde liefern sollen, werden von Riemann/Wagner (1994) und Süß (1996) gegeben.

„Die Teilnehmer haben die Möglichkeit, ihre Einstellungen und Interessen in ihren eigenen Worten entsprechend ihres kognitiven Rahmens zu äußern. Dadurch ist die Gefahr, daß im Rahmen von Fokus Gruppen artifizielle Ergebnisse ermittelt werden, wesentlich geringer als bei Leitfadeninterviews oder einer Fragebodenerhebung“ (Badura/Siering 1999:20f).

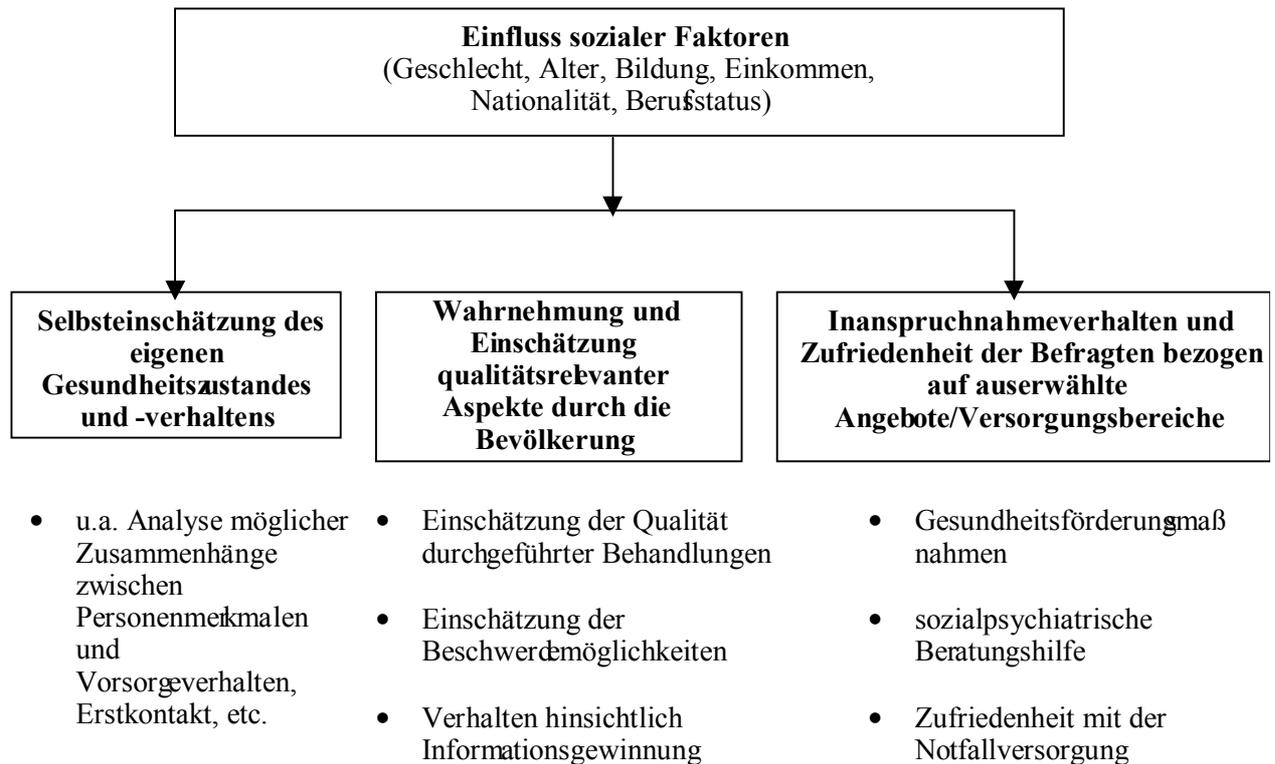
Die Stärke der Befragungsmethode liegt darin, dass sie die bisher gängigen und etablierten Ansätze der Bedarfsanalyse und -planung (Sekundäranalysen der amtlichen Statistik und von Krankenkassendaten; Experteninterviews etc.) um die Einschätzung der Bürger bzw. der Nutzer des gesundheitlichen Versorgungssystems ergänzen kann. Damit ist sie in der Lage, der Forderung bzw. der Vision nach einer bürgerorientierten Systemgestaltung im Gesundheitswesen praktisch Rechnung zu tragen.

Ein aktuelles Beispiel dafür, wie man die Bevölkerung stärker an dem Prozess der Bedarfsanalyse und -bewertung des örtlichen Gesundheitssystems beteiligen kann, ist eine in Bielefeld Ende 1999 durchgeführte Bürgerbefragung zum Thema „Gesundheitsversorgung in Bielefeld“ (Stadt Bielefeld (Hrsg.) 2000). Der 'Runde Tisch Gesundheit' (heute 'kommunale Gesundheitskonferenz') hat den Auftrag zu dieser Untersuchung erteilt und maßgeblich durch die Einrichtung einer lenkenden Arbeitsgruppe begleitet.

Die Bürgerumfrage basierte auf einer repräsentativen Zufallsstichprobe der Bielefelder Bevölkerung im Alter von 18 bis 80 Jahren. Von 9.817 ausgegebenen Fragebogen konnten 1.954 verwertbare Fragebogen aus dem Rücklauf in der Zeit Dezember 1999 bis Januar 2000 in die Auswertung einbezogen werden. Dies entspricht einer Rücklaufquote von rd. 20 Prozent. Damit war der Rücklauf der Bürgerumfrage 1999 deutlich geringer als in den Vorjahresuntersuchungen, was insbesondere auf zwei Gründe zurückzuführen ist: Zum einen ist der Fragebogen länger und komplexer als in den Vorjahren. Zum anderen liegt der Anteil der ausländischen Bevölkerung in der verwertbaren Stichprobe bei 3,6 %, während ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung mehr als 12% beträgt (vgl. Stadt Bielefeld 2000:6).

Inhaltlich zeichnete sich diese Befragung bzw. der verwendete Fragebogen hauptsächlich durch vier Themenkomplexe aus: 'Einfluss sozialer Faktoren', 'Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustands und -verhaltens', 'Wahrnehmung und Einschätzung qualitätsrelevanter Aspekte durch die Bevölkerung' und 'Inanspruchnahmeverhalten und Zufriedenheit der Befragten bezogen auf ausgewählte Angebote/Versorgungsbereiche' (vgl. nachfolgende Abbildung 16).

Abbildung 16: Themenbereiche einer Bürgerbefragung der Stadt Bielefeld zum Thema „Gesundheit“ und „gesundheitliche Versorgung“



Die Ergebnisse dieser Befragung lieferten eine aussagekräftige, hypothesengenerierende empirische Basis für die Untersuchung unterschiedlicher Aspekte der gesundheitlichen und sozialen Versorgung vor Ort und für eine zusätzliche Einschätzung des Gesundheitszustands und des Gesundheitsverhaltens der Bevölkerung. Anhand der erhobenen Daten lassen sich z.B. folgende Fragen untersuchen:

- *Woher bekommen die Bürger ihre Informationen?*
- *Welche Dienste/Leistungen werden benutzt, welche nicht?*
- *Lässt sich ein schichtspezifisches Inanspruchnahmeverhalten feststellen?*
- *Lassen sich aus den Antworten Informationspräferenzen bzw. -defizite der Bürger ableiten bzw. rekonstruieren?*
- *Lassen sich Versorgungslücken bzw. 'Vernetzungsdefizite' im Versorgungssystem feststellen?*
- *Gibt es Zusammenhänge zwischen den Ergebnissen der Bevölkerungsbefragung und den Ergebnissen anderer Bürger-/Patientenbefragungen in Bielefeld (z.B. EMNID-Umfrage zur Kundenzufriedenheit in den Städtischen Kliniken; interne Befragung der Städt. Kliniken Bielefeld etc.).*

Retrospektiv betrachtet stellt diese Befragung eine fundierte empirische Grundlage für eine bürgerorientierte Gestaltung des Versorgungssystems dar, sofern ihre Ergebnisse auf der Ebene der Träger, der Anbieter und der Politik/Verwaltung zur Kenntnis genommen werden und diese zu einer entsprechenden Feinsteuerung ihrer Versorgungsstrukturen und -prozesse veranlasst.

3.3.1 *Dokumentation: von der Diagnose zur kommunalen Gesundheitsberichterstattung*

Die Ergebnisse einer Basisdiagnose sollten regelmäßig in schriftlicher Form dokumentiert werden und als Basisberichte zur gesundheitlichen Lage vor Ort sowohl der Fachöffentlichkeit (z.B. den Mitgliedern der Gesundheitskonferenz, kommunalen Gesundheits- und Sozialpolitikern, der kommunalen Fachverwaltung, Trägern und Anbietern des Gesundheitswesens etc.) als auch (z.B. über die lokale Presse, über Internet etc.)¹²⁵ den interessierten Bürgern, Bürgerinitiativen, Selbsthilfegruppen zugänglich gemacht werden. Hierdurch wird die für die Priorisierung von Maßnahmen und deren Begründung notwendige Transparenz und Legitimation hergestellt und ein Beitrag zur Partizipation an gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen in der Kommune geleistet.

3.3.2 *Exkurs: Zuständigkeit für die kommunale Gesundheitsdiagnose*

In den meisten Bundesländern gehört die kommunale Gesundheitsdiagnose als Basis der lokalen Gesundheitsberichterstattung und damit als wesentliches Instrument des kommunalen Gesundheitsmanagements zu den neuen strategischen (Pflicht-)Aufgaben der kommunalen Gesundheitsämtern (vgl. Weth 1996; Grunow/Grunow-Lutter 2000; ÖGDG NW, §5 (3) 2). Diese Aufgabe kann der ÖGD in eigener Regie durchführen, als Auftrag nach außen vergeben oder in Kooperation mit anderen Stellen, wie z.B. Forschungseinrichtungen, Universitäten oder – im Falle des Landes NRW – dem Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (lögD) – erstellen. Da die Planung und Durchführung einer Diagnose eine Reihe verschiedener Kompetenzen fachlicher, sozialer und methodischer Art erforderlich macht und – vor allem in der Phase der Etablierung – sehr zeitintensiv ist, ist die Zusammenarbeit innerhalb der Kreisverwaltung aber auch mit externen Datenhaltern, Trägern und Anbietern unab-

dingbar (vgl. Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz 1997:35f). Ebenso wichtig für eine angemessene Wahrnehmung und Etablierung der kommunalen Diagnose – das haben die Erfahrungen im Rahmen des Modellprojekts 'Ortsnahe Koordinierung' gezeigt – ist eine konsequente Neuorientierung und ein Überdenken der bisherigen Schwerpunkte innerhalb der Gesundheitsämter. Zur Zeit – so eine ebenso nüchterne wie kritische Bestandsaufnahme der Gesundheitswissenschaftlerin Angela Brand – sind die kommunalen Gesundheitsämter in Deutschland überwiegend am Leitbild der kurativen Medizin ausgerichtet. Ihre Binnenstruktur ist bürokratisch und es herrscht Resignation angesichts des langjährigen Desinteresses der Politik (vgl. Brand 2001:2). Vor diesem Hintergrund fordert sie einen umfassenden Reformprozess „vom Gesundheitsamt zum kommunalen Gesundheitsdienst“ (ebenda). Ein solcher Prozess impliziert eine Reihe von Schritten und Maßnahmen, u.a. die Entwicklung einer übergreifenden Vision einschließlich damit verbundener Ziele und Aufgaben und eine Organisationsentwicklung (vgl. Brand 2001:1).

Wegen der praktischen Relevanz der von Brand vorgeschlagenen Reformschritte für die Wahrnehmung der Aufgaben der Gemeindediagnose und der Federführung des kommunalen Gesundheitsmanagements insgesamt, werden diese im Folgenden näher beschrieben.

3.3.2.1 Zur Vision 'kommunaler Gesundheitsdienst'

Die Entwicklung einer Vision bzw. eines Leitbildes erfüllt zwei zentrale Funktionen. Einerseits wird dadurch nach außen signalisiert, „wofür der Gesundheitsdienst einer Kommune steht“, andererseits kann eine Vision bzw. ein identifikationsstiftendes Leitbild nach innen wirken und die Mitarbeiter motivieren, den Transformationsprozess „vom Gesundheitsamt zum Gesundheitsdienst“ aktiv mitzugestalten (vgl. Brand 2001:3).

Vor dem Hintergrund der zu Beginn dieser Arbeit angesprochenen gesellschaftlichen Trends und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen (Änderung des Krankheitsspektrums, demographische Alterung, wachsendes Wissen über multifaktorielle Ursachenzusammenhänge von Krankheitsentstehungen, die Grenzen der Finanzierbarkeit, die Einsicht um die Steuerungsdefizite des Gesundheitssystems etc.) formuliert Brand (2001) den Leitgedanken eines Leitbildes für den zukünftigen 'Gesundheitsdienst' folgendermaßen:

¹²⁵ Hinsichtlich anderer Verbreitungsformen vgl. Hamburger Projektgruppe Gesundheitsberichterstattung (Hrsg.) 1996:117ff.

„Verhältnisse und Verhalten sollen mit bevölkerungsbezogenen gesundheitsplanerischen und gesundheitsfördernden Maßnahmen so beeinflusst werden, daß alle Bürger der Kommune bei höchst möglicher Lebensqualität ein hohes Lebensalter erreichen können“ (Brand 2001:3).

Die Realisierung dieses Leitgedankens erfordert eine neue Gewichtung der bisherigen Aufgaben der kommunalen Gesundheitsämter im Hinblick auf eine Priorisierung von 'strategischen Aufgaben'. Hierzu zählen die Aufgaben der Einleitung bzw. Initiierung, der Moderation und der Koordination des kommunalen Gesundheitsmanagements sowie die Federführung bei der kommunalen Gesundheitsberichterstattung und der Gesundheitsförderung. Eine solche Priorisierung trage – so die Autorin weiter – nicht nur 'New-Public Health-Ansätze' Rechnung, sondern entspreche darüber hinaus auch einem Kerngedanken der 'New Public-Management-Strategie', nämlich der Konzentration auf Kernkompetenzen und der Auslagerung von Aufgaben, die von anderen ebenso gut oder möglicherweise besser wahrgenommen werden können (vgl. Brand 2001:2; darüber hinaus Damkowski/Precht 1995). Eine Umorientierung des Gesundheitsamts zum kommunalen Gesundheitsdienst trage schließlich zur Gestaltung eines neuen Selbstbildes und zu einer neuen Positionierung des ÖGDs als Institution von Public Health in der Kommune bei.

Vor dem Hintergrund dieser Argumentation lässt sich folgende These aufstellen: Wenn der ÖGD sich als Public Health-Institution in der Kommune positioniert, trägt er dazu bei, dass das Umfeld ihm eine Koordinations-, Beratungs- und Steuerungsfunktion im kommunalen Gesundheitswesen (oder kurz: eine Regiekompetenz) zuspricht. Eine solche Regiekompetenz muss sich der ÖGD also selbst „erarbeiten“ und konsequent anstreben, wenn auch eine Erweiterung von Steuerungs- und Planungskompetenzen seitens der Gesundheitspolitik eine solche Entwicklung zusätzlich fördern kann. Konsequenter heißt auch – im Sinne der Vision 'kommunaler Gesundheitsdienst' – bisherige und individualbezogene medizinische Aufgaben auf andere Akteure des Gesundheitswesens zu übertragen, wenn diese über ausreichende Kapazitäten verfügen. Hierzu zählen z.B. die Aufgaben des Sozialpsychiatrischen Dienstes und des Kinder- und Jugendärztlichen Dienstes.

In Übereinstimmung mit dieser Forderung prognostiziert Nowak (2000) – stellvertretend für viele Vertreter der kommunalen Gesundheitspolitik in NRW :

„Jede Aufgabe, die durch Dritte qualitativ hochwertiger und/oder kostengünstiger zu erledigen ist, wird outgesourcet (...). Schwerpunkt kommunaler Gesundheitspolitik wird die Prävention und die Gesundheitsförderung sowie die Feinabstimmung unterschiedlicher Systeme vor Ort. Damit geht die kommunale Gesundheitspolitik weit über das klassische Aufgabenfeld des ÖGD hinaus und richtet sich inhaltlich anders aus“ (Nowak 2000:34 – Hervorhebung durch den Autor).

3.3.2.2 Organisationsentwicklung einschließlich der Etablierung eines Führungskonzeptes

Die Neuorientierung bzw. Positionierung des kommunalen Gesundheitsdienstes als Public Health-Institution impliziert nicht nur eine Veränderung des Aufgabenspektrums, sondern erfordert gleichwohl eine entsprechende Umstrukturierung der internen Organisation zur Umsetzung der neuen Prinzipien und Aufgaben. In Anlehnung an Brand (2001) lassen sich vier Funktionseinheiten für den zukünftigen kommunalen Gesundheitsdienst vorschlagen:

3.3.2.3 Die Abteilung 'Medizinischer Dienst der Kommune'

Diese Funktionseinheit enthält die traditionellen Tätigkeiten des ÖGDs, wobei hier eine Einschränkung auf die Aufgaben, die hoheitlich oder per Gesetz gefordert und nicht auf andere Institutionen übertragbar sind, stattfinden sollte. Hierunter fallen der Gesundheitsschutz (z.B. die Umsetzung des neuen Infektionsschutzgesetzes oder der neuen Trinkwasserverordnung), die Gutachten des Zahnärztlichen Dienstes, der Amtsärztliche Dienst sowie die Umwelthygiene (vgl. Brand 2001:8).

3.3.2.4 Die Abteilung 'internes Management'

Diese Funktionseinheit ist Stabsstelle und enthält Tätigkeiten wie Controlling, Organisations-, Personal-, Kontrakt- und Qualitätsmanagement, Eigen- und Fremdressourcen sowie Öffentlichkeitsarbeit (vgl. Brand 2001:8).

3.3.2.5 Die Abteilung 'Kommunales Gesundheitsmanagement / Kommunale Gesundheitsplanung'

Diese Abteilung ist für alle neuen strategischen Tätigkeiten im Zusammenhang mit der Vorbereitung, Koordination und Evaluation des kommunalen Gesundheitsmanagements zuständig. Hierzu zählen explizit die Diagnose der gesundheitlichen Lage vor Ort und die Erstellung von Gesundheitsberichten, die Vor- und Nachbereitung der kommunalen Gesundheitskonfe-

renz oder eines anderen Steuerungsgremiums in der Kommune und die Analyse und Verbreitung von Ergebnissen und Auswirkungen gesundheitsbezogener Aktivitäten (Projekte, Informationskampagnen, spezielle Berichte etc.). Zu den Anforderungen an einem derartigen Aufgabenspektrums bemerkt Brand:

„Die Umsetzung von koordinierenden, moderierenden und planenden Aufgaben erfordert von den Mitarbeitern des kommunalen Gesundheitsdienstes fachbezogene Kenntnisse in Public Health, den Umgang mit Verfahren und Methoden von GBE, Gesundheitsplanung sowie organisationsbezogene Fähigkeiten in der Projektplanung und -leitung, der Moderation von Gremien und in der Öffentlichkeitsarbeit. Im Hinblick auf diese Aufgaben existiert in fast allen Kommunen bislang ein Qualifizierungsrückstand. Es dominieren Berufsgruppen, die in ihrer Ausbildung vorwiegend einzelfallbezogene Herangehensweisen kennengelernt haben. Den größten Teil bilden Sozialarbeiter, Mediziner, weitere medizinische Fachkräfte sowie Verwaltungsangestellte. Der Anteil von Berufsgruppen mit sozialwissenschaftlichen, sozialepidemiologischen oder gesundheitswissenschaftlichen Abschlüssen ist sehr gering. Da somit vielen Mitarbeitern zum jetzigen Zeitpunkt die neuen Arbeitsweisen noch nicht vertraut sind, muss die Chance zur Weiterqualifikation geschaffen werden (Brand 2001:9).

3.3.2.6 Die Abteilung 'kommunale Gesundheitsförderung'

Diese Funktionseinheit enthält sowohl „alte“ als auch „neue“ operative Tätigkeiten des kommunalen Gesundheitsmanagements. Hier sollten Maßnahmen und Projekte, die als Konsequenz der Gemeindediagnosen und Gesundheitsplanung abgeleitet wurden, initiiert, durchgeführt und dann an die entsprechenden Akteure zur Umsetzung abgegeben werden (vgl. Brand 2001:8).

Eine neue Organisationsstruktur und ein neues Aufgabenspektrum im kommunalen Gesundheitsdienst erfordern auch auf der Leitungsebene insbesondere Public Health Kompetenz. „Amtsärztliche Kompetenz ist für die Leistungsposition von eher untergeordneter Bedeutung bzw. nicht zwingend erforderlich“ (Brand 2001:9). Ebenso erforderlich ist ein anderes Führungsverhalten, das den Mitarbeitern im Rahmen der vorgegebenen Aufgaben möglichst viel Spielraum und Verantwortung einräumt.

Diese hier in Anlehnung an Brand (2001) skizzierter Wandlungsprozess „vom Gesundheitsamt zum Public Health-orientierten kommunalen Gesundheitsdienst“ enthält aus der Sicht des Autors dieser Analyse die wesentlichen Schritte zur Etablierung bzw. Verankerung der strategischen Aufgabe „kommunale Diagnose“ sowie alle anderen Kernprozesse des kommunalen Gesundheitsmanagements in das politisch-administrativen System der Kommune. Ihre Diskussion und ggf. ihre Implementierung ist – in Anbetracht des Entwicklungsstandes der

kommunalen GBE und der Übertragung neuer Koordinations- und Moderationsaufgaben auf das Gesundheitsamt durch die neuen ÖGD-Gesetze – dringend geboten.

4. Zusammenfassung

Im Mittelpunkt dieses Kapitels standen konzeptionelle und methodische Überlegungen zur Gestaltung eines Public Health-orientierten Diagnoseprozesses als zentrale Aufgabe des kommunalen Gesundheitsmanagements.

Skizziert wurde ein Procedere, das sowohl das Heranziehen 'harter Daten' vorsieht als auch das umfangreiche Erfahrungswissen der kommunalen Experten und Laien aus ihrer unmittelbaren Anschauung der Probleme vor Ort in die Situationsanalyse einfließen lässt ('weiche Daten'). Mit dieser Vorgehensweise wird der Forderung einer stärker bedarfs- und bürgerorientierten Feinsteuerung der gesundheitlichen Versorgung vor Ort Rechnung getragen.

Die als Diskussionsgrundlage für die Weiterentwicklung des kommunalen Gesundheitsmanagements aufzufassenden Systematisierungs- und Strukturierungsvorschläge lehnen sich zum einen an gesundheitswissenschaftliche Ansätze der kommunalen bzw. regionalen Gesundheitsberichterstattung und insbesondere an das Assessment-Verständnis im Kontext der 'Public Health Trias' an. Zum anderen tragen diese den Handlungs- und Realisierungsmöglichkeiten auf kommunaler Ebene in besonderer Weise Rechnung. Dementsprechend wurde insbesondere bei der Diskussion um geeignete Indikatoren anwendungsrelevanter bzw. pragmatischer Kriterien besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

Im letzten Teil werden in Form eines perspektivischen Exkurses organisatorische und institutionelle Rahmenbedingungen skizziert und diskutiert, die die strukturelle Basis zur Etablierung des Kernprozesses 'kommunale Diagnose der gesundheitlichen Versorgung' bilden könnten.

Insgesamt wollen die Ausführungen in diesem Kapitel als Anregung bzw. konzeptioneller Beitrag für die anstehende Entwicklungsarbeit auf dem Gebiet der kommunalen Gesundheitsberichterstattung und des kommunalen Gesundheitsmanagements betrachtet und verstanden werden. Ein Anspruch auf Vollständigkeit und Generalisierbarkeit kann und will damit nicht erhoben werden.

Kapitel VI: Zusammenfassende Betrachtung und Ausblick

Der durchgeführten gesundheitswissenschaftlichen Analyse ging es im Kern darum, aktuelle Tendenzen zur Kommunalisierung von Steuerungs- und Managementprozessen im deutschen Gesundheitssystem am Beispiel der 'Ortsnahen Koordinierung' in NRW theoretisch zu erfassen, zu interpretieren und im Hinblick auf ihre Hintergründe, Zielsetzung und Potenziale für eine Optimierung der gesundheitlichen Versorgung zu hinterfragen.

Maßgeblich für das Erkenntnisinteresse des Autors war zum einen die Absicht – anknüpfend an eine bereits durchgeführte Studie – einer Reihe offener Fragen theoretisch-konzeptioneller Art im Zusammenhang mit der ‚Ortsnahen Koordinierungs-Strategie‘ vertiefend nachzugehen. Zum anderen spielten die gegenwärtige Reformdiskussion sowie konkrete Reformschritte im Kontext des deutschen Gesundheitswesens eine wesentliche Rolle bei der Begründung und Formulierung des behandelten Themas. Insbesondere bei der Reflexion der aktuellen Reformdebatte und der Analyse der Maßnahmen zur 'Integration der Versorgung', zur 'Förderung der Bürger-/Patientenperspektive' und zur 'Stärkung der Gesundheitsförderung' kristallisierte sich die Kommune als zentrale Handlungsebene für eine optimierte Steuerung und Gestaltung gesundheitsbezogener Dienstleistungen heraus (Kapitel I, Abschnitt 1). Diese Feststellung wurde zu Beginn der Analyse anhand erkenntnisleitender, dem Untersuchungsprozess zugrundeliegender Thesen konkretisiert und begründet (Kapitel I, Abschnitt 2.2). Im Mittelpunkt der Argumentation stand die grundlegende Annahme, dass die Realisierung der Reformperspektive einer integrierten, bürgerorientierten und gesundheitsförderlichen Gestaltung der gesundheitlichen Versorgung einer Feinsteuerung des Versorgungssystems unterhalb von Staats- und Landesebene und in Ergänzung zu der korporatistischen Steuerung durch Kostenträger und Leistungserbringer bedarf. Darüber hinaus wurde argumentiert, dass die Realisierung einer derartigen Feinsteuerung, die Etablierung eines kommunalen Gesundheitsmanagements notwendig macht. Definiert wurde dieses als informationsgeleiteter, ziel- und handlungsorientierter Prozess zur systematischen Ermittlung und Bearbeitung gesundheitsrelevanter Problemlagen vor Ort, dessen Ergebnisse zu einer kontinuierlichen und bedarfsgerechten Optimierung der gesundheitlichen Versorgung auf kommunaler Ebene beitragen.

Ein zentrales Ziel der Untersuchung bestand dementsprechend darin, das „kommunale Gesundheitsmanagement“ theoretisch-konzeptionell zu verorten sowie verfahrensorientierte Vorschläge für dessen Systematisierung und organisatorische Verankerung zu erarbeiten. Hierbei wurden sowohl die Konzeption als auch die Umsetzungserfahrungen mit dem nord-

rhein-westfälischen Ansatz einer 'Ortsnahen Koordinierung' als Ausgangspunkt und empirische Basis für die eigenen Überlegungen und Vorschläge herangezogen.

Wie mit dem Titel der Arbeit angedeutet, gliedert sich die vorliegende Analyse in drei Blöcke, die aufeinander aufbauen und den Stichworten 'Möglichkeiten', 'Grenzen' und 'Perspektiven' zugeordnet werden können. Entsprechend dieser Reihenfolge ging es zunächst darum, ausgehend von den Effektivitäts- und Effizienzproblemen im deutschen Gesundheitssystem, auszuloten, ob und inwieweit ein 'kommunales Gesundheitsmanagement' dazu beitragen kann, die gesundheitliche und soziale Versorgung bottom up (von der kommunalen Ebene ausgehend) effizienter und effektiver zu gestalten (Möglichkeiten). Dieses Untersuchungsziel wurde sowohl theoretisch – unter Zuhilfenahme steuerungstheoretischer Konzeptionen – als auch empirisch durch das Heranziehen von Umsetzungserfahrungen mit der 'Ortsnahen Koordinierung' (Kapitel III) verfolgt. Diese gesundheitspolitische Strategie wurde als Versuch einer 'Kontextsteuerung' mittels gesundheitsbezogener Netzwerke interpretiert, mit dessen Hilfe eine bedarfsorientierte und abgestimmte Feinsteuerung gesundheitsbezogener Leistungen in der Kommune erreicht werden sollte. Als besonders relevant für die Realisierung einer 'Ortsnahen Koordinierung' der gesundheitlichen Versorgung wurde die Gestaltung der Interaktions- und Arbeitsbedingungen durch das politische System thematisiert. In diesem Zusammenhang – und aus der Perspektive der vorliegenden Fragestellung¹²⁶ – wurde die Vorgabe eines Handlungsmodells zur Systematisierung der Planungs- und Entscheidungsprozesse in den Netzwerkstrukturen als Grundstein für die Etablierung eines kommunalen Gesundheitsmanagements aufgefasst.

Auf der Grundlage einer Analyse der Implementationserfahrungen mit der 'Ortsnahen Koordinierung' ging es in einem zweiten Schritt darum, die Grenzen einer kommunalen Steuerungs- und Managementstrategie im Gesundheitswesen exemplarisch aufzuzeigen und die Praxiserfahrungen einer steuerungs-theoretischen Reflexion zu unterziehen (Kapitel IV).

¹²⁶ Vgl. Kapitel II, Abschnitt 3.1.1

Auf der Basis der zusammenfassenden Betrachtung der Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung konnte die grundsätzliche Funktionsfähigkeit und Akzeptanz der implementierten gesundheitsbezogenen Netzwerke bestätigt werden (Kapitel IV, Abschnitt 3 und 4). Darüber hinaus konnte prinzipiell belegt werden, dass durch 'weiche' Steuerungsversuche (Kontextsteuerung) – zumindest in einigen Kommunen – die Grundlagen für eine 'Kultur der Zusammenarbeit' geschaffen werden konnten. Allerdings brachte die nähere Betrachtung der Implementationsprobleme auch die Schwachstellen und Grenzen des implementierten Ansatzes hervor. Im Hinblick auf die Weiterentwicklung einer ortsnahen Managementstrategie im Gesundheitswesen konnten insbesondere zwei zentrale Problembereiche identifiziert werden. Der erste Problembereich betrifft die innerorganisatorische Kommunikation zwischen kommunaler und überörtlicher Ebene (Kapitel IV, 4.1), der zweite die Implementation eines zielorientierten Handlungsmodells zur bedarfsorientierten Gestaltung des örtlichen Versorgungssystems, also die Realisierung eines kommunalen Gesundheitsmanagements im engeren Sinne (Kapitel IV, 4.2).

Im Hinblick auf den erst genannten Problembereich ist im Verlauf der Analyse deutlich geworden, dass mittels einer 'weichen Steuerung' allein Veränderungen bzw. Verschiebungen in bestehenden Hierarchien, Machtverhältnissen und Entscheidungsbefugnissen nur schwer zu erreichen sind. Die Tatsache, dass im Kontext der 'Ortsnahen Koordinierung' Umsetzungsprobleme insbesondere dann auftraten, wenn die überörtlichen Planungs- und Entscheidungsstellen tangiert waren, spricht für eine wenig erfolgreiche Anregung zur Selbststeuerung bei den beteiligten Akteuren. Die Erwartung, dass durch die Gestaltung der Interaktionsbedingungen auf kommunaler Ebene im Hinblick auf mehr Transparenz, Kooperation und Zielorientierung eine Feinsteuerung der gesundheitlichen Versorgung bottom up erreicht werden könnte, konnte somit anhand des betrachteten Ansatzes in NRW – nicht bestätigt werden. Dieses Ergebnis untermauert Erkenntnisse der Akteurstheorie, denen zur Folge Selbststeuerungs- und Selbstorganisationsprozesse selten ohne staatliche Interventionen und Maßnahmen funktionieren (Mayntz/Scharpf (Hrsg.) 1995:26). Vor diesem Hintergrund wurde oben die Forderung nach einer stärkeren Kommunalisierung der Gesundheitspolitik und Planung im Sinne einer Erweiterung der Planungs- und (Mit-) Entscheidungskompetenzen von kommunalen Gesundheitsnetzwerken abgeleitet. Der mögliche Nutzen einer stärkeren Kommunalisierung bzw. Regionalisierung, ergibt sich aus der notwendigen Orientierung auf die Gesundheit der Bevölkerung (Public Health-Orientierung), um den Prinzipien einer bedarfsgerechten, effizienten und effektiven Versorgung entsprechen zu können. Eine Public Health-

Orientierung ist nicht zuletzt auch im Hinblick auf die zukünftigen integrierten Versorgungsformen unerlässlich (vgl. nachfolgender Abschnitt 1).

Im Hinblick auf den zweiten Problembereich – die Implementation eines Modells zum kommunalen Gesundheitsmanagement – haben die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung insbesondere auf zwei Defizite hingewiesen, die einer weiteren Etablierung eines solchen Modells hinderlich sind: Zum einen auf den Entwicklungsstand der kommunalen Gesundheitsberichterstattung, und zum anderen auf die unzureichende Berücksichtigung zentraler Kriterien der ziel- und ergebnisorientierten Planung (z.B. das Fehlen von Erfolgsindikatoren bei einem erheblichen Teil der Handlungsempfehlungen).

Die obige Analyse fokussierte insbesondere das Problemfeld 'kommunale Gesundheitsberichterstattung'. Der Auf- bzw. der Ausbau der kommunalen GBE als Planungs- und Steuerungsinstrument wurde in diesem Zusammenhang als zentrale Bedingung für die Umsetzung eines kommunalen Gesundheitsmanagements betrachtet. Darüber hinaus wurde aus steuerungstheoretischer Perspektive argumentiert, dass Selbststeuerung als Ergebnis reflexiver Prozesse – neben der grundsätzlichen Koordinations- und Kooperationsbereitschaft – ausreichender, objektiver und handlungsleitender Informationen zur gesundheitlichen Lage und zu Versorgungsproblemen in der Region bzw. in der Kommune bedarf. Von diesem Grundsatz ausgehend wurde der weitere Aufbau bzw. Ausbau der Gesundheitsberichterstattung als die wichtigste Voraussetzung für eine Optimierung der Ortsnahen-Koordinierung-Strategie im Hinblick auf ein bedarfsgerechtes und nachvollziehbares kommunales Gesundheitsmanagement bewertet. Dem wurde in Kapitel V durch den Versuch entsprochen, die Grundzüge eines Public Health orientierten Ansatzes zur Systematisierung des Prozesses einer gesundheitsbezogenen kommunalen Diagnose zu entwerfen. Ziel war hier, die anstehende Entwicklungsarbeit im Bereich der kommunalen GBE durch einen handlungsorientierten, die kommunalen Bedingungen berücksichtigenden Vorschlag anzustoßen und die konzeptionelle Diskussion zu diesem Thema voranzutreiben. Im Mittelpunkt stand folglich die Ableitung und Formulierung verfahrensorientierter Vorschläge und Empfehlungen und damit die Schaffung einer Diskussionsgrundlage für die Zukunft (Perspektiven). In diesem Zusammenhang – und vor dem Hintergrund der relativ geringen Bürger-/Patientenbeteiligung in den Gremien der Ortsnahen Koordinierung – wurde das 'Erhebungsmodell' als alternativer Ansatz einer stärkeren Patienten- und Bürgerpartizipation an der Beurteilung und Gestaltung des kommunalen Gesundheitswesens fokussiert (vgl. Kapitel V, Abschnitt 5).

1. Chancen und Perspektiven einer 'bottom up – Feinsteuerung' des Gesundheitssystems. Ein Ausblick unter Berücksichtigung gegenwärtiger Reformansätze

Die deutsche Gesundheitspolitik ist – der gegenwärtig fast unüberschaubaren Zahl von Gutachten, Analysen und Vorschlägen zufolge – an einem entscheidenden Scheideweg angelangt. Simplifizierend gesprochen lassen sich in Anlehnung an von Ferber (2001) grob zwei zentrale Reformrichtungen erkennen, eine eher traditionelle und eine radikalere, innovative Richtung (vgl. Ferber v. 2001:651). Bei der ersten geht es in erster Linie um eine Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung und – im einzelnen – der von ihr finanzierten Infrastruktur, der von dieser erbrachten Leistungen und der von ihr zu tragenden gesellschaftlichen Aufgaben (vgl. stellvertretend für diesen eher konservativen Ansatz die Analyse des stellvertretenden Vorsitzenden des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Eberhard Wille, in Clade (2002)). Bei der zweiten Reformrichtung geht es um eine systemverändernde Neuorientierung, die alle Träger der Gesundheitspolitik, also auch die Bundesländer und die kommunale Selbstverwaltung, neben der Gesetzlichen Krankenversicherung einbezieht (vgl. beispielsweise Kühn 2001, Glaeske/Lauterbach et al. 2002, Ferber v. 2001; Badura 2001²).

Im Falle der erst genannten Reformrichtung kann der Bund, der die gesundheitspolitische Zuständigkeit für die Sozialversicherung innehat, im Prinzip nur an den "Stellschrauben Einnahmeverbesserung oder Ausgabenverminderung" drehen (vgl. Ruebsam-Simon 2002:202). Einnahmeverbesserungen kann man u.a durch Anhebung der Beitragsbemessungs- und Versicherungspflichtgrenze, durch Einbeziehung weiterer Einkommensarten, durch Senkung der Arbeitslosenzahl, durch Erhöhung der Krankenkassenbeiträge und durch höhere Zuzahlungen erzielen. Eine Reduzierung von Ausgaben kann man durch weitere, neue Kostendämpfungsgesetze, durch Budgetierung und Rationierung, durch Rationalisierungsmaßnahmen und durch die Einführung neuer Vergütungssysteme (DRG) versuchen zu bewirken.

Diese eher fiskalischen Maßnahmen des politischen Systems finden zwar bei den korporatistischen Akteuren – und insbesondere bei den Leistungserbringern – nur selten Zustimmung, sie stellen diese jedoch – systemtheoretisch betrachtet – vor keine unlösbaren Anpassungsprobleme (vgl. Kapitel III, Teil B). Die aufgezählten Maßnahmen tangieren weder bestehende Zuständigkeiten noch stellen sie tradierte Machtverhältnisse und Entscheidungskompetenzen in Frage. In Folge dessen haben sie sich in der Vergangenheit auch als unzureichend erwiesen, bestehende systemimmanente Defizite zu beheben und nachhaltige Effizienz- und Qualitätsverbesserungen zu bewirken (vgl. Kapitel I; Clade 2002:419). Dringend geboten scheint folg-

lich eine grundlegende Neuorientierung des Gesundheitssystems und damit eine Revision bestehender Zuständigkeiten und Partizipationsmöglichkeiten bei gesundheitspolitischen Fragen. Diese Option schließt eine Weiterentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht aus – diese wird de facto seit dreißig Jahren vollzogen und setzt sich mit dem Gesundheitsreformgesetz 2000 und dem Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs fort –, eine Reorientierung im oben angedeuteten Sinne impliziert jedoch grundlegende Verschiebungen und Veränderungen im Gesundheitswesen, einschließlich eine Weiterentwicklung der Selbstverwaltung. Derartige Veränderungen in einem „Geflecht organisierter Interessen“, wie das deutsche Gesundheitswesen (Ferber v. 2001:656), kann allerdings nur schrittweise und durch „hintergründige oder schleichende Prozesse“¹²⁷ (ebenda) vonstatten gehen, die das bestehende Machtgefüge auch gegen den Willen der Funktionsträger verändern. Aktuelle Beispiele dafür sind:

- die Integration der Versorgung und die damit verbundene Stärkung der Kostenträger bei der Steuerung und Gestaltung der Versorgung,
- die stärkere Steuerung und Gestaltung von Versorgungsprozessen durch die Einführung von Disease-Management-Programme im Zuge einer Reform des Risikostrukturausgleichs (vgl. Kapitel I, Abschnitt 2, Fußnote 14),
- die Stärkung der Gesundheitsförderung durch die Wiedereinführung von §20 in das SGB V (vgl. Kapitel 1, Abschnitt 2) und
- die Stärkung der Patienten-/Bürgerorientierung im Gesundheitswesen durch die gesetzlich geregelte Förderung der Selbsthilfe und durch die Verbesserung der Informationen zu Gesundheitsleistungen¹²⁸.

Von herausragender Bedeutung für die Weiterentwicklung des Gesundheitssystems insgesamt und für die Weiterentwicklung der Selbstverwaltung insbesondere sind die 'Bestimmungen zur Integrationsversorgung' im Gesundheitsreformgesetz 2000. Diese beinhalten eine Veränderung bzw. Erweiterung der Planungs- und Gestaltungskompetenzen im Bereich der ambu-

¹²⁷ Dass auch ein „schleichender Wandlungsprozess“ nicht unbemerkt bleibt, demonstriert z.B. ein Leitartikel des Westfälischen Ärzteblatts Ende letzten Jahres zum Thema 'Einführung von Disease-Management-Programmen' mit der Überschrift: „Systemwechsel durch die Hintertür“ (Westfälisches Ärzteblatt 12/2001:9-11).

¹²⁸ Das Bundesministerium für Gesundheit hat bereits am 09.11.1999 einen Initiativ-Kongress veranstaltet, um Verbesserungen im Bereich der multimedialen Gesundheitsinformationsangebote anzustoßen. Die Initiative, ein Aktionsforum zu etablieren, das die Grundlagen und Strukturen für ein umfassendes, qualitätsgesichertes und bedarfsorientiertes Gesundheitsinformationssystem auf der Basis von dezentralen Kooperationsverbänden schafft, wurde allgemein begrüßt. Durch eine zielgerichtete Kooperation aller wichtigen Akteure im Gesundheitswesen und die Vernetzung ihrer Informationssysteme, soll ein effektives und seriöses Informati-

lanten medizinischen Versorgung zu Gunsten der Gesetzlichen Krankenkassen und ihrer Verbände. Zwar werden Strukturverträge über vernetzte Versorgungsformen unverändert auf Landesebene zwischen den Verbänden der Krankenkassen, Verbänden der Ersatzkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen zugelassen, darüber hinaus können die Krankenkassen jedoch im Bereich der Integrationsversorgung und der Modellvorhaben Direktverträge mit einzelnen Gruppen von Ärzten abschließen. Die vertragliche Einbeziehung der Kassenärztlichen Vereinigungen ist in diesem Bereich somit nicht mehr zwingend; ihre zuvor umfassende Vertragshoheit auf Landesebene wird durch eine Rahmenvereinbarung zwischen der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen ersetzt (vgl. Boroch 2000:285). Mit dieser "Durchlöcherung der Vertragshoheit" (ebenda) wird unweigerlich auf den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen Einfluss genommen. Ausdrücklich verweist der Gesetzgeber zwar darauf, dass dieser Auftrag weiterhin bei den Kassenärztlichen Vereinigungen verbleibt; bei näherer Betrachtung gilt das jedoch nur *de jure*, *de facto* werden dagegen die Möglichkeiten der vertragsärztlichen Selbstverwaltung, den Sicherstellungsauftrag wahrzunehmen, eingeschränkt.

Vor dem Hintergrund dieser neuen Situation ergeben sich im Hinblick auf die integrierte Versorgung – und damit auch im Hinblick auf die Ausgestaltung von Versorgungssystemen vor Ort – drei zentrale Fragen:

- Werden die Gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen integrierter Versorgungssysteme in der Lage und willens sein, nicht nur eine effiziente, sondern auch eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten?
- Werden sie Versorgungsziele in eigener Regie aufstellen können?
- Werden sie die Verantwortung für die zu versorgenden Populationen und insbesondere für besonders bedürftige Patientengruppen, etwa für chronisch kranke, multimorbide Menschen, allein übernehmen können und wollen?

Aus heutiger Sicht besteht Anlass für eine eher pessimistische Einschätzung dieser Fragen. Grund dafür ist die prekäre Finanzlage der Gesetzlichen Krankenkassen – u.a. bedingt durch die stetig wachsenden Leistungsausgaben - und der damit verbundene Druck, Wirtschaftlichkeitskriterien in den Vordergrund zu stellen. Setzt sich dieser Zustand fort, dann wird das Primat der ökonomischen Effizienz zum dominierenden Gestaltungskriterium werden. Konkret könnte sich eine solche Tendenz dadurch äußern, dass die Kostenträger ihre erweiterten

Handlungsspielräume dazu nutzen, in Abstimmung mit der Anbieterseite Leistungspakete zu bündeln, die in erster Linie Rentabilitäts Gesichtspunkten genügen. Eine derartige Ökonomisierungstendenz in der Versorgung würde auf Kosten der Qualität gehen, etwa durch die Vernachlässigung von Kriterien wie 'Wohnortnähe': Wer setzt sich in diesem Fall für die Patienteninteressen und -erwartungen ein? Wer übernimmt letztendlich die Verantwortung für die Versorgungspopulation? Die Kassen selbst – als Kostenträger und Mitgestalter integrierter Versorgungssysteme – werden kaum gleichzeitig die Rolle der Patientenvertreter übernehmen wollen. Die Leistungserbringer – als Auftragnehmer – werden nur gegenüber den Kassen verantwortlich sein (vgl. Kühn 2001:59f). Die Möglichkeiten der Patienten/Versicherten, auf unbefriedigende Leistungen zu reagieren, würden sich in dem skizzierten Szenario auf den Versicherungswechsel beschränken mit den damit zusammenhängenden Wechsel der Leistungserbringer oder zumindest der Versorgungsbedingungen. Die Behandlungskontinuität als ein „versorgungsinhaltlicher Hauptgrund der integrierten Versorgung“ bliebe dabei auf der Strecke (vgl. Kühn 2001:61).

Derartigen, möglichen kontraproduktiven Folgen einer Reorganisation der Versorgung durch Integration und Einkaufsmodelle wird man nur entgegenwirken können, wenn – im Sinne eines Public Health Ansatzes – nicht in erster Linie Effizienzüberlegungen, sondern die unterschiedlichen Bedarfslagen und Versorgungspopulationen die maßgeblichen Bezugsparameter der integrierten Versorgung werden. Eine bedarfsgerechte Entwicklung und Ausgestaltung integrierter Versorgungssysteme – aber auch noch bestehender Versorgungsformen – benötigt folglich sozialepidemiologische Orientierungsdaten mit kommunalem bzw. regionalem Bezug und 'lokale Expertise'. Solche Daten bzw. Informationen können am effektivsten in den Kommunen bzw. auf regionaler Ebene erhoben, ausgewertet und in Form einer kontinuierlichen kommunalen Gesundheitsberichterstattung dokumentiert werden (vgl. Kapitel V in dieser Arbeit). Ebenso können die Analysen und Empfehlungen kommunaler Gesundheitskonferenzen oder ähnlich zusammengesetzter Gremien, wichtige Grundlagen für die Planung und Entscheidungen der Träger gesundheitsbezogener Strukturen und Leistungen liefern – sofern diese bereit sind, diese Empfehlungen zur Kenntnis zu nehmen. Auch im Hinblick auf eine stärkere Bürgernähe und Patientenorientierung im Gesundheitswesen ist eine stärkere Kommunalisierung bzw. Regionalisierung von gesundheitsbezogenen Steuerungs- und Managementprozessen unausweichlich:

„Wer mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit, eine Orientierung an Gesundheitszielen und an 'harten' Erfolgsparametern will (...), muss den Preis einer breiten und niedrigschwelligen Mit-

bestimmung der Betroffenen zahlen; diese setzt überschaubare Räume voraus“ (Ferber v. 2001:656).

Angesichts der Erfahrungen mit der 'Ortsnahen Koordinierung', aber auch im Hinblick auf die anvisierten Versorgungsstrukturen und -prozesse stellt sich am Ende dieser Analyse die zentrale Frage, wie man eine Kommunalisierung bzw. Regionalisierung von Steuerungs- und Managementprozessen zukünftig gestalten und organisieren kann, um dem gesundheitspolitisch sinnvollen Gedanken einer Feinsteuerung bottom up in stärkerem Maße als mit dem nordrhein-westfälischen Ansatz entsprechen zu können. Eine pauschale und definitive Antwort auf diese Frage kann und will diese Analyse nicht geben; im folgenden Abschnitt sollen allerdings der Forschungsbedarf im Hinblick auf diese Frage sowie Anknüpfungspunkte für die zukünftige Gesundheitssystem- und Versorgungsforschung skizziert werden.

2. Forschungsbedarf – offene Fragen zur Perspektive einer integrierten Versorgung in regionaler bzw. kommunaler Perspektive

Ausgangspunkt einer zukünftigen Gesundheitssystem- und Versorgungsforschung muss auf der einen Seite die Einsicht sein, dass das bestehende System der Selbstverwaltung mit seinen starken Zentralisierungstendenzen und seiner 'Bürgerferne' keine angemessene Antwort auf die Gestaltungsfrage im Zusammenhang mit den neuen Versorgungsformen bietet. Die bestehenden Effizienz- und Qualitätsprobleme des deutschen Gesundheitssystems sind ein ausreichender Beweis dafür, dass das vorhandene Steuerungsinstrumentarium nicht ausreicht, um in allen Versorgungssektoren bedarfsgerechte, bürgernahe und vor allem effiziente gesundheitsbezogene Leistungen zu gewährleisten. Ausgangspunkt der einschlägigen Forschung muss aber auf der anderen Seite die Erkenntnis sein, dass die Steuerungs- und Gestaltungsmöglichkeiten der Kommunen anhand von Gesundheitskonferenzen oder ähnlicher auf den Prinzipien der Freiwilligkeit und der Selbstverpflichtung beruhender Managementinstrumente unzureichend sind: Die Erwartung, dass durch die Gestaltung der Interaktionsbedingungen auf kommunaler Ebene im Hinblick auf mehr Transparenz, Kooperation und Zielorientierung eine Feinsteuerung der gesundheitlichen Versorgung bottom up erreicht werden könnte, konnte nicht generell bestätigt werden (vgl. Kapitel IV).

Vor diesem Hintergrund ergibt sich für die anstehende gesundheitswissenschaftliche Forschung die Notwendigkeit, alternative Ansätze aufzuzeigen, die vom politischen System auf-

gegriffen und im Rahmen geeigneter Modellprojekte erprobt werden. Ungeachtet der konkreten, anstehenden Vorschläge wird man dabei kaum um die Notwendigkeit herumkommen, bestehende Zuständigkeiten für die Gestaltung und Verantwortung der gesundheitlichen Versorgung zu überdenken und die Mitbestimmungsmöglichkeiten regionaler bzw. kommunaler Steuerungsinstrumente zu erweitern. Nur so können diese ihre gesundheitspolitische Wirksamkeit und Integrationsfähigkeit entfalten, und nur so können diese auch eine effektive Informations- und Steuerungsfunktion für die 'integrierte Versorgung' und für andere Versorgungsformen wahrnehmen: Netzwerke von Organisationen, die eine koordinierte und integrierte Versorgung entlang der gesamten gesundheitsbezogenen Interventions- und Versorgungskette organisieren, können nur dann einen 'Gesundheitsgewinn' und eine optimierte Nutzung vorhandener Ressourcen erzielen, wenn sie in Bezug auf die zu versorgenden Populationen ausgestaltet werden. Voraussetzung dafür ist die Existenz von Daten und Informationen mit kommunalen Bezug, für deren Erhebung, Aufbereitung und Dokumentation in erste Linie die Kommunen selbst verantwortlich sein müssen. So würde die Steuerung des Gesundheitssystems durch Anbieter und Kostenträger um eine dritte Steuerungsinstanz ergänzt: die kommunale bzw. regionale Steuerung unter Berücksichtigung der örtlichen bzw. regionalen Bedarfslagen.

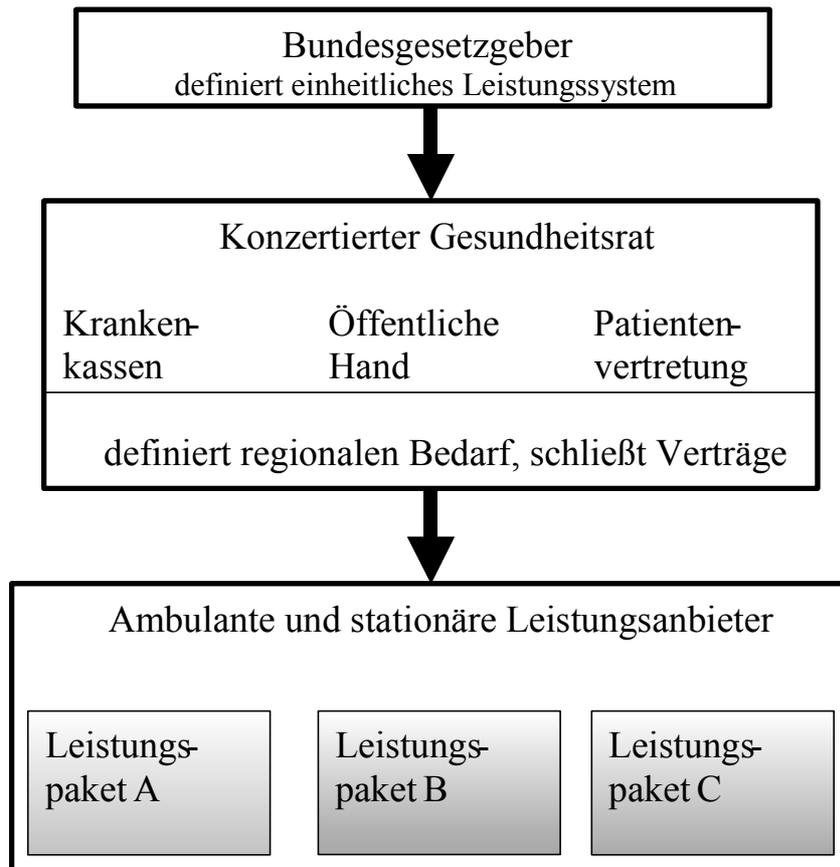
Orientierungscharakter für eine derartige Weiterentwicklung des bestehenden Steuerungsinstrumentariums findet man nicht nur in skandinavischen Gesundheitssystemen. Auch in Deutschland vorgelegte Regionalisierungsmodelle stellen eine konzeptionelle Basis für eine Regionalisierungsdiskussion dar. Diese Modelle sehen neben erheblichen Handlungs- und Entscheidungsspielräumen für kommunalen bzw. regionalen Steuerungsgremien auch eine Regionalisierung der Beitragssatzkalkulation in der GKV vor (vgl. Reef 1993:315). So wurde im Kontext der SPD Ende der achtziger Jahre ein Konzept für regionale Gesundheitskonferenzen entwickelt, das sich von der jetzigen 'Ortsnahen Koordinierung' in NRW und anderen Ansätzen durch seine weitreichenden Entscheidungskompetenzen unterscheidet. Nach dem damaligen SPD-Vorschlag sollte der Bundestag (Bundesebene) einen inhaltlichen und finanziellen Orientierungsrahmen für die GKV verabschieden. Dieser sollte u.a. Gesundheitsziele, Prioritäten, Qualitätsstandards und Richtwerte für die Versorgung und den gesamten Finanzrahmen enthalten. Die regionale Konkretisierung und Umsetzung sollte nach diesem Modell in die Kompetenz der regionalen Gesundheitskonferenzen fallen, die sich drittelparitätisch aus Vertretern der Gebietskörperschaften, Krankenkassen und Leistungsanbieter zusammensetzen. Wichtig (und damit auch weitergehend als andere Konzepte) ist, dass auf diese Gesundheitskonferenz der Sicherstellungsauftrag für die gesundheitliche Versorgung übergehen soll-

te, der in einer Bedarfsplanung und deren Umsetzung zu realisieren war. Die Krankenkassen sollten nach diesen Überlegungen die Bedarfsplanung umsetzen und zu diesem Zweck Verträge mit den kommunal/regional vorhandenen Leistungsanbietern abschließen können – im Prinzip also ein Einkaufsmodell praktizieren (vgl. Reef 1993: 315f).

Auch eine gesundheitspolitische Vision von Bündnis 90/Die Grünen vom Anfang der 90er Jahre beinhaltete eine weitreichende Regionalisierung der gesundheitsplanerischen und Gestaltungskompetenzen durch eine Zusammenfassung bzw. Bündelung des Sicherstellungsauftrags und dessen Übertragung auf ein regionales Gremium (den regionalen, 'konzertierten Gesundheitsrat'). Letzterer sollte gebildet werden aus öffentlicher Hand und Krankenkassen unter geeigneter Beteiligung der Krankenhausvertretungen, der Ärzteschaft, den Vertretern der Heil- und Pflegeberufe, einer Patientenvertretung und anderen Leistungserbringern. Zu den Funktionen dieses Gesundheitsrats sollte u.a. gehören:

- Die Ermittlung und Bestimmung der Art und des Umfangs des regionalen Versorgungsbedarfs in Abstimmung mit den Kommunen und den zuständigen Landesbehörden,
- Die Vereinbarung von Versorgungsverträgen mit den Anbietern, und
- Die Verwaltung regionaler Gesundheitsbudgets (vgl. Kühn 2001:53f; Abbildung 17).

Abbildung 17: Regionalisierungsmodell nach Gruhl 1996 (Quelle: Kühn 2001:55).



Beide Konzeptionen waren – insbesondere was die Übernahme des Sicherstellungsauftrags angeht – ihrer Zeit voraus. Als Vorschlag und Diskussionsgrundlage für die Gesundheitssystemforschung, bieten sie jedoch nach wie vor wichtige Anknüpfungspunkte.

Perspektivisch – und unter Berücksichtigung der Erfahrungen mit der 'Ortsnahen Koordination' – könnten erste, modellhafte Schritte in Richtung einer stärkeren Kommunalisierung bzw. Regionalisierung von Planungs- und Steuerungsaufgaben und ggf. von Budgets, sinnvollerweise in jenen Versorgungssektoren stattfinden, in denen der Gesetzgeber in einer Vielzahl von Bundesländern Planungs- und Koordinationsaufgaben auf den öffentlichen Gesundheitsdienst auf kommunaler Ebene übertragen hat, also in den Bereichen der Prävention, der Gesundheitsförderung und der Selbsthilfeförderung (vgl. Grunow/Grunow-Lutter 2000:13ff). Zum einen verfügen die Kommunen über eine jahrelange Erfahrung mit Projekten und Organisationen mit Bezug auf diese Themenkomplexe, zum anderen sieht das Gesundheitsreformgesetz 2000 vor, dass die Kassen Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen sowie Maßnahmen zur Selbsthilfeförderung finanziell unterstützen (§ 20 SGB V). Was spräche dagegen, dass die Kommunen selber die Steuerungskompetenz auf diesen Versorgungsfeldern

übernehmen, sofern diese sich verpflichten, entsprechende Maßnahmen bedarfsorientiert und unter Wirksamkeitsgesichtspunkten durchführen?

Die Verwirklichung einer kommunalen Feinsteuerung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung wird in jedem Falle noch langwierige Lernprozesse erfordern, deren Förderung und Begleitung eine originäre Aufgabe der Gesundheitswissenschaften ist und bleiben wird. In diesem Sinne hofft der Autor dieser gesundheitswissenschaftlichen Arbeit, mit seinen Analysen, seinen theoretischen Überlegungen und mit seinen Schlussfolgerungen und Ausblicken, einen Diskussionsbeitrag für die anstehenden Lernprozesse und Forschungsvorhaben geliefert zu haben und so die Debatte um eine Neuorientierung des deutschen Gesundheitswesens voranzutreiben.

Literatur

Adler, U. /Brand, H. 1996: Die Qual der Wahl: Themen und Indikatoren. In: Hamburger Projektgruppe Gesundheitsberichterstattung in der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg (Hrsg.) 1996, Seite 53-66.

Adorno, Th. W. 1972: Soziologische Schriften I. Frankfurt.

Ahmed, P. /Coelho, G. (eds.) 1979: Toward a New Definition of Health, Psychological Dimensions. New York, London.

Ahmed, P. /Kolker, A. 1979: The role of indigenous medicine in WHO's definition of health. In: Ahmed, P. /Coelho, D. (eds.), Seite 113-128.

ALPHA /American Public Health Association 1991: Healthy Communities 2000: Model Standards. Guidelines for Community Attainment of the year 2000 National Health Objectives. 3th Edition, Washington, DC.

Altenhofen L. /Weber, I. 1993: Mortalität der ausländischen und der einheimischen Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland. Soz.-Präventivmedizin 38, Seite 222-230.

Antonovsky, A. 1987: Unraveling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco, London.

Antonovsky, A. 1991: Meine Odyssee als Stressforscher. In: Jahrbuch für kritische Medizin 17, Seite 112-130.

AOK Mettmann 1977: Aktion Gesundheit. Dokumentation und Perspektiven, Schriftenreihe der AOK für den Kreis Mettmann, Bd. 3, Velbert

Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamtinnen und Medizinalbeamten der Länder (AGLMB) (Hrsg.) 1996: Indikatorenatz für die GBE der Länder. Zweite, überarbeitete Fassung, Wiesbaden.

Arnold, M./ Paffrath, D. (Hrsg.) 1995: Krankenhaus-Report 95. Stuttgart u.a. O.

Arnold, M. /Paffrath, D. (Hrsg.) 1997: Krankenhausreport 97. Stuttgart u.a.O.

Badura, B. 1990: Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung (Public Health). In: Schwarzer, R. (Hrsg.), Seite 51-61.

Badura, B. 1999¹: Betriebliches Gesundheitsmanagement - ein Leitfaden für die Praxis. Berlin.

Badura, B. 1999²: Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Strategien. In: Badura, B./ Siegrist, J. (Hrsg.), Seite 15-42.

Badura, B. 2001¹: Thesen zur Bürgerorientierung im Gesundheitswesen. In: Reibniz v., Chr. et al. (Hrsg.) 2001, Seite 61-69.

Badura, B. 2001²: Die Rolle der Kommunen in der Gesundheitsreform. (Vortrag)

Badura, B. et al. 1995: Qualitätsforschung im Gesundheitswesen: ambulante und stationäre Rehabilitation im Vergleich. Weinheim, München.

Badura, B. et al. 1999: Bürgerorientierung des Gesundheitswesens. Selbstbestimmung, Schutz, Beteiligung. Baden Baden.

Badura, B. et al. 2000: Kooperation und Netzwerksteuerung in kommunalen Gesundheitskonferenzen. In: Dahme, H.-J./ Wohlfahrt, N. (Hrsg.), Seite 187-200.

Badura, B. et al. 2001: Versorgungsforschung in Deutschland. Fragestellungen und Förderbedarf. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 9. Jg. 2001, Heft 4, Seite 294-311.

Badura, B. /Litsch, M. /Vetter, C. (Hrsg.) 2000: Fehlzeiten- Report 2000. Zukünftige Arbeitswelten: Gesundheitsschutz und Gesundheitsmanagement. Berlin u.a.O.

Badura, B. /Siegrist, J. (Hrsg.) 1999: Evaluation im Gesundheitswesen. Ansätze und Ergebnisse. Weinheim, München.

Badura, B. /Siegrist, J. et al. 1998: Ortsnahe Koordinierung. Zweiter Zwischenbericht der wissenschaftlichen Begleitung durch die Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld und das Institut für Medizinische Soziologie der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf.

Badura, B. /Siering, U. 1999: Qualitätsberichterstattung im Gesundheitswesen. Welche Informationspräferenzen besitzen die Nutzer? (Projektantrag).

Badura, B. /Strodtholz, P. 1998: Qualitätsförderung, Qualitätsforschung und Evaluation im Gesundheitswesen. In: Schwartz, F.W. et al.(Hrsg.), Seite 574-584.

Badura, B. /Ferber, Chr. v. (Hrsg.) 1981: Selbsthilfe und Selbstorganisation im Gesundheitswesen. Die Bedeutung nicht- professioneller Sozialsysteme für die Krankheitsbewältigung, Gesundheitsvorsorge und die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen. München, Wien.

Badura, B. /Lenk, K. 1986: Der öffentliche Gesundheitsdienst: Begräbnis oder Neubeginn? In: Blanke, B. et al. (Hrsg.), Seite 306-320.

Badura, B. /Zamora, P. 2001: Versorgungsoptimierung durch Dezentralisierung und Bürgerbeteiligung. In: Kellermann, K.; Konegen, N. et al. (Hrsg.), Seite 117- 135.

Badura, B /Hungeling, G. 1999: Patientenorientierung im Gesundheitswesen. In: Public Health Forum, Nr. 26, Oktober 1999, Seite 2-4.

Bandemer v., S. et al. (Hrsg.) 1998: Handbuch zur Verwaltungsreform. Opladen.

Bandemer v., S. /Hilbert, J. 1998: Vom expandierenden zum aktivierenden Staat. In: Bandemer v., S. et. al. (Hrsg.), Seite 25-32.

Bardehle, D. 2000: Gesundheitsberichterstattung in Nordrhein-Westfalen. In: Laaser, U. et al. (Hrsg.), Seite 95-106.

Bardehle, D. 2001: Sozial-Epidemiologische Indikatoren in der Gesundheits- und Sozialstatistik. In: Mielck, A. /Bloomfield, K. 2001 (Hrsg.), Seite 341-357.

Bauch, J. /Hörnemann, G. (Hrsg.) 1996: Gesundheit im Sozialstaat. Beiträge zum Verhältnis von Gesundheit und Politik. Konstanz.

Bauch, J. 1996: Läßt sich das Gesundheitswesen politisch steuern? Die Gesundheitsreform in systemtheoretischer Sicht. In: Bauch, J./ Hörnemann, G. (Hrsg.), Seite 55-62.

Baumann, M. /Stock, J. 1996: Managed Care -Impulse für die GKV? Erfahrungswerte mit alternativen Formen der Steuerung in der Gesundheitsversorgung. Düsseldorf

Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg (Hrsg.) 2001: Stadtdiagnose 2. Zweiter Hamburger Gesundheitsbericht. Hamburg

Behrendt, M. 1996: Die Methode der Befragung. In: Hamburger Projektgruppe Gesundheitsberichterstattung in der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg (Hrsg.), Seite 76-82.

Bellebaum, A. 1977: Handlungswert der Soziologie. Vermittlungs- und Verwertungsprobleme. Meisenheim a. G.

Benz, A. 1997: Kooperativer Staat? Gesellschaftliche Einflußnahme auf staatliche Steuerung. In: Klein, A./Schmalz-Bruns, R. (Hrsg.), Seite 88-113

Berg, G. 1998: Migranten. In: Schwartz, F. W et al. (Hrsg.) 1998, Seite 549-556.

Berlin 1997: 2. Bundesweiter Kongreß „ Armut und Gesundheit“ (22. Und 23. November 1996). Dokumentation.

Beyerle, M. 1994: Staatstheorie und Autopoiesis. Über die Auflösung der modernen Staatsidee im nachmodernen Denken durch die Theorie autopoietischer Systeme und der Entwurf eines nachmodernen Staatskonzept. Frankfurt/Main.

Beyme, K. v. /Offe, C. (Hrsg.) 1996: Politische Ära in der Transformation, PVS-Sonderheft 26, Opladen.

Birg, H. 2000: Perspektiven der Bevölkerungsentwicklung in Deutschland und Europa – Konsequenzen für die soziale Sicherungssysteme. Dresden.

Black, D. et al. 1982: Inequalities in Health: The Black Report. Middlesex. Penguin.

Blanke, B. et al. 1986 (Hrsg.): Die zweite Stadt. Opladen, Seite 275-305.

Blum, H. L. 1981: Planning for health. Generics for the eighties. New York.

Böcken, J. et al. (Hrsg.) 2000: Reformen im Gesundheitswesen. Ergebnisse der internationalen Recherche Carl Bertelsmann- Preis 2000. Gütersloh.

Boroch, W. 2000: Integrierte Versorgung im Wettbewerb – ein Ansatz zur Neuordnung der Arzt- Patient- Beziehung? In: Reibniz, Chr. v, Seite 282-291.

Bortz, J. /Döring, N. 1995: Forschungsmethoden und Evaluation. Berlin.

Bösche, K. 2000: Aktuelle Fragen der Gesundheitspolitik. In: Sozialdemokratische Gemeinschaft für Kommunalpolitik NW e.V. (SGK) (Hrsg.), Seite 11-15.

Bouali, K. et al. (Hrsg.) 1996: Kongreß ‚Armut und Gesundheit‘ – Dokumentation. Ärztekammer Berlin. Berlin.

Brand, A. 2001: Vom Gesundheitsamt zum kommunalen Gesundheitsdienst: wieviel Fortschritt verträgt der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD)? (erscheint demnächst in „Das Gesundheitswesen“).

Brand, H /Schmacke, N. 1998: Der öffentliche Gesundheitsdienst. In: Schwartz et al 1998: Seite 259-268.

Brandenburg, U. et al. (Hrsg.) 1998: Verbesserung der Anwesenheit im Betrieb. Instrumente und Konzepte zur Erhöhung der Gesundheitsquote. Bremerhaven.

Brockhaus Enzyklopädie 1974, 19. Bd., Seite 338.

Brösskamp-Stone, U. et al. 1998: Gesundheitsförderung und Prävention. In: Schwartz et al. 1998 (Hrsg.), Seite 141-150.

Brösskamp-Stone, U. /Schmacke, N. et al. 1998: Institutionen, Systeme und Strukturen der Gesundheitsförderung und Prävention. In: Schwartz et al 1998 (Hrsg.), Seite 189-212.

Bruckmann, P. 2000: Organische Komponenten. In: Wichmann, H.-E. et al. (Hrsg.), Band 1, Seite 1-14.

Brüggemann, I. et al. (Hrsg.) 1978: Bedarf und Planung im Gesundheitswesen. Eine internationale Aufsatzsammlung. Köln.

Bundesministerium für Gesundheit (BMG) 1999: Gesundheitsreform 2000. Informationen zum Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000. (Stand: 17. Dezember 1999). Zugang: <http://www.bmgesundheit.de>

Caesar, S. et al. 2000: Community Health Assessment für Bielefeld. Bielefeld.

Clade, H. 2001: Gerster will die KVen entmachten. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 98, Heft 36, 7. September, C 1787.

Clade, H. 2002: Deutschland kein Mittelmaß. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 99, Heft 9, 1. März 2002, C 419

Dahme, H.-J. /Wohlfahrt, N. (Hg.) 2000: Netzwerkökonomie im Wohlfahrtsstaat. Wettbewerb und Kooperation im Sozial- und Gesundheitssektor. Berlin.

Damkowski, W. /Precht, C. 1995: Public Management. Neue Steuerungskonzepte für den öffentlichen Sektor. Stuttgart, Berlin, Köln.

Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH) (Hrsg.) 1999: Public Health Forschung in Deutschland: Stand und Perspektiven der Public-Health-Forschung, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, Prävention und Gesundheitsförderung, Verhaltensforschung und Qualitätsmanagement, Gesundheitssystemforschung und Gesundheitsökonomie. Bern u.a.O.

Döhler, M. /Manow, Ph. 1997: Strukturbildung von Politikfeldern. Das Beispiel bundesdeutscher Gesundheitspolitik seit den fünfziger Jahren. Opladen

Donabedian, A. 1980: Explorations in Quality Assessment and Monitoring. Michigan.

Donabedian, A. 1988: The Quality of Care, How can it be assessed? In: JAMA, Vol 260, No. 12: 1743-1748.

Durkheim, E. 1977: Über die Teilung der sozialen Arbeit. (ursprl. 1893). Frankfurt /Main.

Egen, V. 1998: Krankheitsspektrum und Arzneimitteltherapie von Wohnungslosen in München. In: Das Gesundheitswesen, Heft 60, Seite 47-51.

Eickmann, Th. /Goen, Th. 2000: Organische Verbindungen/Benzol. In: Wichmann, H.-E. et al. (Hrsg.), Band 3, Seite 1-16.

Elkeles, Th. /Seifert, W. 1993: Arbeitslose und ihre Gesundheit: Langzeitanalyse für die Bundesrepublik Deutschland. In: Soz.- Präventivmedizin 38, Seite 148-155.

Elkeles, Th. 1998: Arbeitende und Arbeitslose. In: Schwartz, F. W. et al. (Hrsg.), Seite 516-524.

Elkeles, Th. 1999: Arbeitslosigkeit, Langzeitarbeitslosigkeit und Gesundheit. Sozialer Fortschritt 6, Seite 150-155.

Elkeles, Th. 2001: Arbeitslosigkeit und Gesundheitszustand. In: Mielck, A./Bloomfield, K. 2001 (Hrsg.), Seite 71- 82.

Ellwein,Th et al. (Hrsg.) 1987: Jahrbuch zur Staats- und Verwaltungswissenschaft 1 (1987), Baden-Baden.

Engel, G.L. 1977: The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 196: 129-136.

Ergebnisniederschrift Vorbereitender Ausschuß der Landesgesundheitskonferenz (14. April 1997). Dokument VA1-0010.3.2.

European Observatory on Health Care Systems 2001: Health Care Systems in Transition (HiT). Zugang: <http://www.observatory.dk> (Finnland)

Evans, J. R. 1991: Tod in Hamburg: Stadt, Gesellschaft und Politik in den Cholera-Jahren 1830-1910. Reinbek b. Hamburg.

Evans, R. et al. (Hrsg.) 1994: Why are some people health and others not? The determinants of health of population. New York.

Fehr, R. 2001: Ökologische Gesundheitsförderung. Analysen, Strategien, Umsetzungswege. Bern u. a. O.

Fehr, R. et al. 1999: Environmental health surveillance: results of an international workshop, 11-12 March 1997 at the University of Bielefeld. Landsberg.

Ferber, C. v. (Hrsg.) 1987: Gesundheitsselbsthilfe und professionelle Dienstleistungen. Soziologische Grundlagen einer bürgerorientierten Gesundheitspolitik. Berlin u.a.O.

Ferber, C. v. 1997: Die „neue“ kommunale Gesundheitspolitik und Public Health. Eine Einführung in die Forschungsberichte aus dem Projektbereich 1. In: Ferber, C. v./Wolters, P. 1997 (Hrsg.), Seite 13-23.

Ferber, C. v. 2001: Kommunales Gesundheitswesen – eine historische Erinnerung oder ein zukunftsfähiges Konzept? In: Das Gesundheitswesen, Heft 63, Seite 651-657.

Ferber, C. v. /Badura, B. (Hrsg.) 1983: Laienpotential, Patientenaktivierung und Gesundheitsselbsthilfe. München u.a.O.

Ferber, C. v. /Wolters, P. 1997 (Hrsg.): Kommunale Gesundheitspolitik als Gegenstand der Public Health Forschung. Bielefeld.

Forschungsverbund Deutsche Herz- Kreislauf- Präventionsstudie (DHP) (Hrsg.) 1998: Die deutsche Herz- Kreislauf- Präventionsstudie, Bern u.a.O.

Francke, R. 2000: Kommunale Gesundheitskonferenzen und ortsnahe Koordinierung. Verfassungs-, sozial- und kommunalrechtliche Fragen, dargestellt am Beispiel des Gesetztes über den öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen. Baden-Baden.

Francke, R. /Hart, D. 1999: Rechtswissenschaftlicher Gutachtenteil. In: Badura, B. et al., S. 135-304.

Francke, R. /Hart, D. 2001: Bürgerbeteiligung im Gesundheitswesen. Baden-Banden.

Freie und Hansestadt Hamburg (Hrsg.) 1995: Leitbild Gesunde Stadt. Von der Vision zur Wirklichkeit. Hamburg.

Friedrichs, J. /Wolf, C. 1990: Die Methode der Passantenbefragung. In: Zeitschrift für Soziologie, Heft 19, Seite 46-56.

Fuchs, H. /Siegrist, J. 2000: Befunde der Strukturevaluation. In: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), Seite 58-79.

Gardemann, J. et al. (Hrsg.) 2000: Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. 23. Bis 25. 3. 2000, Hilden. Tagungsdokumentation und Handbuch. Düsseldorf.

Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) vom 25.11.1997. Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Nordrhein-Westfalen 51, Nummer 58, Seite 431 ff.

Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000: GKV- Gesundheitsreformgesetz 2000.

Glaeske, G. /Lauterbach, K. et al. 2002: Weichenstellungen für die Zukunft – Elemente einer neuen Gesundheitspolitik. In: Der Internist, 2002, Vol. 43, Nr. 2, Seite MO 26-MO37DOI.

Glaser-Möller, N. /Korte, W. 1996: Was der Mensch so braucht: Informations- und Datenquellen. In: Hamburger Projektgruppe Gesundheitsberichterstattung in der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg (Hrsg.) 1996, Seite 67-108.

Görlitz, A. 1995: Politische Steuerung. Ein Studienbuch. Opladen.

Grotjahn, A. 1912: Soziale Pathologie. Berlin.

Gröttrup, H. 1973: Die kommunale Leistungsverwaltung: Grundlagen der gemeindlichen Daseinsvorsorge. Stuttgart.

Grunow, D. /Grunow-Lutter, V. 2000: Der öffentliche Gesundheitsdienst im Modernisierungsprozess. Eine Untersuchung über Handlungsspielräume und Restriktionen im Rahmen kommunaler Gesundheitspolitik. München.

Güntert, B. /Fozouni, B. 2000: Bürgerbeteiligung im Medizin und Gesundheitssystem Methoden und Instrumente am Beispiel des „Oregon Health Plans“. (Unveröffentlichtes Arbeitspapier).

Hajen, L. et al. 2000: Gesundheitsökonomie. Strukturen – Methoden – Praxisbeispiele. Stuttgart.

Hamburger Projektgruppe Gesundheitsberichterstattung in der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg (Hrsg.) 1996: Praxishandbuch Gesundheitsberichterstattung: ein Leitfaden für GesundheitsberichterstatterInnen und solche, die es werden wollen. Düsseldorf.

Hanauer, W. 1911: Die soziale Hygiene des Jugendalters. Berlin.

Hansen, E. et al. 1981: Seit über einem Jahrhundert...: Verschüttete Alternativen in der Sozialpolitik. Köln.

Helmert, U. et al. 2000: Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland. Weinheim, München.

Henkel, D. 1998: Arbeitslosigkeit, Alkoholkonsum und Alkoholabhängigkeit: nationale und internationale Forschungsergebnisse. In: Henkel, D./Vogt, I. (Hrsg.), Seite 101-136.

Henkel, D. /Vogt, I. (Hrsg.) 1998: Sucht und Armut. Alkohol, Tabak, Medikamente, illegale Drogen. Olpaden.

Herder-Dornreich, P. 1980: Gesundheitsökonomik. Systemsteuerung und Ordnungspolitik im Gesundheitswesen. Stuttgart.

Herder-Dornreich, P. /Schuller, A. (Hrsg.) 1983: Die Anspruchsspirale, Schicksal oder Systemdefekt? Stuttgart.

Hesse, J. J. 1987: Aufgaben einer Staatslehre Heute. In: Ellwein, Th et al. (Hrsg.), Seite 55ff.

Hildebrandt, H. /Trojan, A. 1992: Auf dem Weg zu „gesünderen Städten“. Vom Programm zur Praxis vor Ort. In: Trojan, A./ Stumm, B. (Hrsg.), Seite 117-140.

Hill, H. /Klages, H. (Hrsg.) 1993: Qualitäts- und erfolgorientiertes Verwaltungsmanagement. Aktuelle Tendenzen und Entwürfe. Berlin.

Hoffmeister, H. et al. 1983: Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionsstudie. Studienhandbuch.

Holland, W.W. (Hrsg.) 1991: European Community atlas of avoidable death. Second Edition. Oxford, New York, Tokyo.

Hombach, B. 1998: Aufbruch. Die Politik der Neuen Mitte. München.

Hopf, C. /Weingarten, E. (Hrsg.) 1979: Qualitative Sozialforschung. Stuttgart

Horkheimer, M. 1938/1968: Traditionelle und kritische Theorie. In: Kritische Theorie Bd. II, Frankfurt, Seite 137ff.

Hurrelmann, K. /Laaser, U. (Hrsg.) 1998: Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim u.a.O.

Illich, I. 1995: Die Nemesis der Medizin, 4. überarb. Aufl., München.

Institute of Medicine (IM) (Hrsg.) 1988: The future of public health. Washington, DC.

Jahrbuch der kritischen Medizin 1997, Band 28: Nach der Reform, Seite 6ff.

Joksimovik L. et al. 2000: Befunde der Prozessevaluation. In: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), Seite 80-93.

Kaufmann, F.-X. (Hrsg.) 1979: Bürgernahe Sozialpolitik. Planung, Organisation und Vermittlung sozialer Leistungen auf lokaler Ebene. Frankfurt, New York.

Kaufmann, F.X. (Hrsg.) 1987: Staat, intermediäre Instanzen und Selbsthilfe. Bedingungsanalysen sozialpolitischen Intervention. München

Kellermann et al. 2001: Gesundheitsförderung. Anamnese eines chronisch kraftlosen Patienten. In: Kellermann, K./ Konegen, N. /Staeck, F. (Hrsg.), Seite 27-31.

Kellermann, K. /Konegen, N. /Staeck, F. (Hrsg.) 2001: Aktivierender Staat und aktive Bürger: Wegweiser zu einer integrativen Gesundheitspolitik. Frankfurt/Main.

Kickbusch, I. /Trojan, A. (Hrsg.) 1981: Gemeinsam sind wir stärker. Selbsthilfegruppen und Gesundheit. Selbstdarstellungen, Analysen, Forschungsergebnisse. Frankfurt.

Kirschner, W. et al. 1995: §20 SGB V. Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen. St. Augustin.

Klages, H. 1993: Möglichkeiten der Qualitätsmessung und –bewertung in der öffentlichen Verwaltung. In: Hill, H./ Klages, H. (Hrsg.), Seite 38-56.

Klein-Lange, M. et al. 1998: Krankenversorgung. In: Schwartz, F.W. et.al. (Hrsg.), Seite 214-244.

Klein, A. /Schmalz-Bruns, R. (Hrsg.) 1997: Politische Beteiligung und Bürgerengagement in Deutschland. Bonn.

Klingemann, H.D. /Mochmann, E. 1975: Sekundäranalyse. In: Koolwijk, J. v./Wieken-Mayser, M. (Hrsg.), Seite 178-194.

Knemeyer /Wehr 2001: Die Garantie der kommunalen Selbstverwaltung nach Art. Abs. 2 GG in der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts. In: Verwaltungs- Archiv, 92. Band, Heft 3, Juli 2001, Seite 318-343.

Knesebeck v.d., O. 2000: Die Beziehung zwischen struktur-, prozess- und ergebnisbezogene Merkmalen. In: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), Seite 123-168.

Knesebeck v.d., O. et al. 2001: Evaluation einer gesundheitspolitischen Intervention auf kommunaler Ebene – Die wissenschaftliche Begleitung des Modellprojekts „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“ in Nordrhein-Westfalen. In: Das Gesundheitswesen 2001, Heft 63, Seite 35-41.

Knesebeck v.d., O. /Zamora, P. et al. 2000: Evaluationskonzept und Methodik. In: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.) Seite 26-44.

Knesebeck, v.d., O. /Zamora, P. /Rugulies, R. 1999: Programmevaluation im Gesundheitswesen: Die wissenschaftliche Begleitung eines Modellprojektes zur „Ortsnahen Koordination der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“. In: Badura, B./Siegrist, J. 1999 (Hrsg.), Seite 163-177.

Koolwijk, J. van /Wieken-Mayser, M. (Hrsg.) 1975: Techniken der empirischen Sozialforschung. Opladen.

Korzilius, H. 2001¹: Mängel im System. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 98, Heft 36, 7.September, C 1781.

Korzilius, H. 2001²: Das Fünf- Milliarden- Loch. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 98, Heft 37, 14.September, C 1862.

Krabbe, W.R. 1989: Die deutsche Stadt im 19. Und 20. Jahrhundert. Eine Einführung. Göttingen.

Kreuter, H. et al. 1995: Prävention von Herz-Kreislaufkrankheiten. Ergebnisse und Konsequenzen der deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie. Weinheim, München.

Kromrey, H. 1986: Empirische Sozialforschung. Modelle und Methoden der Datenerhebung und Datenauswertung. Opladen.

Kühn, H. 2001: Integration der medizinischen Versorgung in regionaler Perspektive. Dimensionen und Leitbild eines politisch- ökonomischen, sozialen und kulturellen Prozesses. Berlin.

Kuhn, K. 1998: Die Entwicklung der Gesundheitsquoten in der Bundesrepublik Deutschland. In: Brandenburg, U. et al. (Hrsg.), Seite 39-50.

Laaser, U. et al. (Hrsg.) 1999: Gesundheit und soziale Benachteiligung. Lage.

Laaser, U. et al. (Hrsg.) 2000: Gesundheit und soziale Benachteiligung. Informationssysteme- Bedarfsanalysen- Interventionen. Lage.

Labisch-Ziesmann, I.U. 1984: Auswirkungen der personellen Entwicklung im öffentlichen Gesundheitsdienst auf die Arbeitsorganisation eines Gesundheitsamtes. Düsseldorf (Diss. Med.).

Labisch, A. 1986: Gemeinde und Gesundheit. Zur historischen Soziologie des kommunalen Gesundheitswesens. In: Blanke, B. et al.(Hrsg.), Seite 275-305.

Labisch, A. 1987: Problemsicht, Problemdefinition und Problemlösungsmuster der Gesundheitssicherung durch Staat, Kommunen und primäre Gemeinschaften. In: Kaufmann, F.X. (Hrsg.), Seite 91-118.

Labisch, A. 1988: Gesellschaftliche Bedingungen öffentlicher Gesundheitsvorsorge. Problemsichten und Problemlösungsmuster kommunaler und staatlicher Formen der Gesundheitsvorsorge, dargestellt am Beispiel des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Frankfurt/Main.

Labisch, A. /Tennstedt, F. 1985: Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ vom 3. Juli 1934. Düsseldorf.

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW (lögD) (Hrsg.) 2000: Handbuch Ortsnahe Koordinierung. Planungs- und Arbeitshilfen. Bielefeld.

Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. (LGRP) (Hrsg.) 1997: Rund um die regionale Gesundheitskonferenz. Ein Leitfaden zur Handhabung regionaler Gesundheitskonferenzen. Wiesbaden, Nordenstadt.

Lange, S. /Braun, D. 2000: Politische Steuerung zwischen System und Akteur. Opladen

Lauterbach, K. W. /Stock, S. 2001: Nur Prävention und Qualität sichern die Finanzierbarkeit der Gesetzlichen Krankenversicherung. In: Arbeit und Sozialpolitik 11-12, Seite 12-21.

Lechner, I. /Mielck, A. 1998: Die Verkleinerung des 'Healthy Migrant Effects': Entwicklung der Morbidität von ausländischen und deutschen Befragten im Sozio-Ökonomischen Panel 1984 bis 1992. Das Gesundheitswesen, Heft 60, Seite 715-720.

Levine, R. A. et al. (Eds.) 1981: Evaluation research and practice. Comparative and international perspectives. Beverly Hills, London.

Luhmann, N. 1983: Anspruchsinflation im Krankheitssystem. Eine Stellungnahme aus gesellschaftstheoretischer Sicht. In: Herder-Dornreich, P./Schuller, A. (Hrsg.), Seite 28-49.

Luhmann, N. 1990: Die Wissenschaft der Gesellschaft. Frankfurt/Main.

Luhmann, N. 1991: Steuerung durch Recht? Einige klarstellende Bemerkungen. In: Zeitschrift für Rechtssoziologie (ZfRsoz) 12, Seite 142-146.

Luhmann, N. 1993: Soziale Systeme. Grundriß einer allgemeinen Theorie. 4. Aufl., Frankfurt/Main.

Luhmann, N. 1997: Die Gesellschaft der Gesellschaft, 2.Bände, Frankfurt/Main.

Marstedt, G. /Müller, R. 1998: Ein kranker Stand? Fehlzeiten und Integration älterer Arbeitnehmer im Vergleich Öffentlicher Dienst, Privatwirtschaft. Berlin.

Maturana, H. 1985: Die Organisation des Lebendigen: eine Theorie der lebendigen Organisation. In: Maturana, H., Seite 138-156.

Maturana, H. 1985: Erkennen: Die Organisation und Verkörperung der Wirklichkeit, 2. Aufl., Braunschweig u.a.O.

Matzerath, H. 1985: Urbanisierung in Preußen: 1815-1914. Stuttgart.

Mayntz, R. (Hrsg.) 1983: Implementation politischer Programme II. Opladen.

Mayntz, R. 1977: Die Implementation politischer Programme: Theoretische Überlegungen zu einem neuen Forschungsgebiet. In: Die Verwaltung, 10. Band 1977, Seite 51-66.

Mayntz, R. 1980: Implementation politischer Programme. Empirische Forschungsberichte. Königstein/Ts.

Mayntz, R. 1996: Politische Steuerung: Aufstieg, Niedergang und Transformation einer Theorie. In: Beyme, K. von/Offe, C. (Hrsg), Seite 148-168.

Mayntz, R. /Scharpf, F.W. (Hrsg.) 1995: Gesellschaftliche Selbstregelung und politische Steuerung. Frankfurt, New York.

Mayring, Ph. 1995: Analyseverfahren erhobener Daten – Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick, U. et al. 1995 (Hrsg.), Seite 209-218.

McKeown, T. 1982: Die Bedeutung der Medizin. Traum, Trugbild oder Nemesis? Frankfurt.

Meichsner, I. 1983: Die Logik von Gemeinplätzen. Vorgeführt an Steuermanntopos und Schiffsmetapher. Bonn.

Meier, B. 1995: Gesundheitskonferenzen und „runde Tische“ – Ideale Möglichkeiten der Kooperation und Partizipation oder Kopfgeburten? Vortragsmanuskript für die Veranstaltung: Selbsthilfe im Gesundheitsbereich. Soest 1. März 1995.

Merton, R.K. /Kendall, P.L. 1979: Das fokussierte Interview. In: Hopf, C./ Weingarten, E. (Hrsg.), Seite 171-203.

Mielck, A. 1994 (Hrsg.): Krankheit und soziale Ungleichheit. Sozialepidemiologische Forschungen in Deutschland. Opladen.

Mielck, A. 1994: Soziale Medizin. Die Diskussion zu Beginn des 20. Jahrhunderts. In: derselbe (Hrsg), Seiten 35-52.

Mielck, A. 2000: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Bern u.a.O.

Mielck, A. /Bloomfield 2001 (Hrsg.): Sozialepidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Weinheim, München.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (MAGS) 1995: Ausschreibung „Ortsnahe Koordinierung gesundheitlicher und sozialer Versorgung“. Schreiben vom 13.März 1995. (Anlage 1).

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (MAGS) 1995: Rahmenkonzept „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“ Tischvorlage (03.11.1995). Düsseldorf.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (MAGS) 1995: Rahmenkonzept „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“. In: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrsg.), Seite 324-335

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW (MAGS) (Hrsg.) 1999 : Bürgerbeteiligung des Gesundheitswesens.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW 1997: Ergänzende Verfahrensweise zur Praxis im Rahmen der Ortsnahen Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung (Dokument kk01-04.doc/Le.VA).

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW (Hrsg.) 2000: Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung. Abschlussbericht. Düsseldorf.

Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes NRW 2001: Evaluation des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) des Landes NRW – Zwischenbericht zu den Ergebnissen der ersten Breiterevaluation.

Moeller, M.L. 1978: Selbsthilfegruppen. Hamburg.

Morschhäuser, M. 2000: Demographischer Wandel: Herausforderung an die betriebliche Gesundheits- und Personalpolitik. In: Badura, B./ Litsch, M./ Vetter, C. (Hrsg.), Seite 24-33.

Mosse, M./ Tugendreich, G./ Cromm, J. (Hrsg.) 1981: Krankheit und soziale Lage. 3. Aufl., Göttingen.

Müller de Cornejo, G. et al. 2002: Disease- Management- Programme: Eine Chance für die Verbesserung der Versorgung chronisch kranker Menschen. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg.99, Heft 10, 8. März 2002, S. 4-11. Beiheft.

Müller, P. 2000: An der Schnittstelle von kommunaler Gesundheitspolitik und Verwaltung. Eine empirische Untersuchung zur Aufgaben- und Organisationsentwicklung im Öffentlichen Gesundheitsdienst Berlins. Dissertation an der Fakultät für Soziologie der Univ. Bielefeld.

Murza, G./ Hurrelmann, K. (Hrsg.) 1996: Regionale Gesundheitsberichterstattung. Konzeptionelle Grundlagen, methodische Ansätze und Aspekte der praktischen Umsetzung. Weinheim u.a.O.

Nowak, M. 2000: Prioritäre Aufgaben und Entwicklungsperspektiven kommunaler Gesundheitspolitik. In: Sozialdemokratische Gemeinschaft für Kommunalpolitik NW e.V. (SGK) (Hrsg.), Seite 34-36

NRW-Forschungsverbund „Public Health“ 1996: Gesundheitspolitik als Querschnittspolitik im Public Health Forschungsverbund. Positionspapier des Projektbereichs I „Qualifizierung und Weiterentwicklung des Öffentlichen Gesundheitswesens“ für den Verbundtag 1996 in Bielefeld (Manuskript).

OECD 1997: Länderberichte: Deutschland. Paris.

OECD Gesundheitsdaten 2001: Vergleichende Analyse von 30 Ländern. Zugang: <http://www.oecd.org>

Osius, N. et al. 2002: Indikatoren für eine gesunde und nachhaltige Stadtentwicklung. Hamburg: Institut für Medizin-Soziologie. Hamburg. (Unveröffentlichter Bericht des Instituts für Medizin-Soziologie Hamburg) (Stand März 2002).

Øvretveit, J. 1998: Evaluating health interventions. An introduction to evaluation of health treatments, services, policies and organizational interventions. Buckingham u.a.O.

Planungshilfe B4 1997: Projektmanagement I: Standardablauf Planungsprozess. In: lögd (Hrsg.) Bielefeld.

Planungshilfe B8 2000: Leitfaden zur Themenwahl. In: lögd (Hrsg.) Bielefeld.

Powell, F./Wessen, A. (Eds.) 1998: Health Care Systems in Transition. Thousands Oaks, London.

Public Health Forum 1995: Public Health in Deutschland. Kongreß der Forschungsverbände, 3. Jg. Nr. 10, Oktober 1995.

Reef, B. 1993: Regelung der Krankenversorgung und der Gesundheitsförderung. Defizite, Optionen und Perspektiven einer Regionalisierung in der Bundesrepublik Deutschland. Kassel.

Reibniz, Chr. v. et al. 2001: Der mündige Patient: Konzepte zur Patientenberatung und Konsumentensouveränität im Gesundheitswesen. Weinheim, München.

Rein, M. 1981: Comprehensive Program Evaluation. In: Levine et al. (Eds.), Seite 132-149.

Renner, A. et al. 1998: Chancen und Risiken von Gesundheitskonferenzen. Eine empirische Analyse kommunaler Gesundheitspolitik. In: Soziale Sicherheit 10/1998, Seite 326-336

Renner, A./ Brandenburg, A./ Von Ferber, Chr. 1999: Zur Evaluation von Gesundheitskonferenzen. Eine Pilotstudie. In: Badura, B./ Siegrist, J. (Hrsg), Seite 179-200

Reulecke, J. 1985: Geschichte der Urbanisierung in Deutschland. Frankfurt/Main.

Reye, I./ Burkhardt, P. 1982: Modellversuch „Gesundheitsberatung und Gesundheitsförderung“: Erste Ergebnisse, IFT-Bericht Bd. 25, München.

Riemann, K./ Wagner, A. 1994: Passantenbefragungen zu kommunalen Gesundheitseinflüssen. Anregungen für die Praxis. In: Public Health Forum, Nr. 4, April 1994, S. 12-13.

Rosenbrock, R 1998¹: Gesundheitspolitik Einführung und Überblick. Berlin (wzb-paper P98-203)

Rosenbrock, R 1998²: Gesundheitspolitik In: Hurrelmann, K./ Laaser, U. (Hrsg.), Seite 707-752.

Rosenbrock, R. 2001: Verbraucher, Versicherte und Patienten als handelnde Subjekte. In: Reibniz v., Chr. et al. (Hrsg.) 2001, Seite 25-33.

Rosewitz, B./Webber, D. 1990: Reformversuche und Reformblockaden im deutschen Gesundheitswesen. Frankfurt/M., New York.

Rossi, P.H./Freemann, H.E. 1993: Evaluation, a systematic approach, 5.ed., Newbury Park.

Ruebsam-Simon, E. 2002: Eckpunkte einer großen Gesundheitsreform. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 99, Heft 5, 1. Februar 2002, C 199-202.

Sachße, Chr./Tennstedt, F. 1980/1988: Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland, 2 Bde., Stuttgart.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit: Band I: Zielbildung, Prävention, Nutzerorientierung und Partizipation, Gutachten, Kurzfassung. Bonn

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit:, Band II: Qualitätsentwicklung in Medizin und Pflege. Gutachten, Kurzfassung. Bonn.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/2001: Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III: Über-, Unter- und Fehlversorgung. Ausführliche Zusammenfassung. Bonn.

Schaeffer, D. et al. (Hrsg.) 1994: Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Berlin.

Scharf, B./ Dickersbach, M. 1996: Gesundheitsberichterstattung als Instrument modernen Gesundheitsmanagements. Eckpfeiler einer ÖGD-Reform. In: Murza, G./ Hurrelmann, K. (Hrsg.), Seite 59-78.

Schimank, U. 1996: Theorien gesellschaftlicher Differenzierung. Opladen

Schmacke, N. 2002: Leitlinienorientierung, evidenzbasierte Versorgung und Vertrauen in die Medizin: Voraussetzungen für die Entwicklung von strukturierten Behandlungsprogrammen. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg.99, Heft 10, 8. März 2002, S. 12-19. Beiheft.

Schnabel, M. et al. 2000: Befunde der Ergebnisevaluation. In: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), Seite 94-122.

Schneider, M. 1998: Elemente einer Gesundheitsberichterstattung in den Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. In: Streich, W. et al. (Hrsg.), Seite 33-50.

Schopper, D. et al. 2000: Setting health priorities in a Swiss canton: what do different methods tell us? In: Epidemiol Community Health 2000, 54: 388-393.

Schott, T. 1996: Rehabilitation und die Wiederaufnahme der Arbeit. Eine sozialepidemiologische Untersuchung über den Erfolg medizinischer Rehabilitation nach Herzerkrankungen bei der Wiederherstellung der Erwerbstätigkeit. Weinheim, München.

Schröder, W.F. et al. 1986: Kommunale Gesundheitsplanung. Basel u.a.O.

Schwartz, F.W. et al. 1998 (Hrsg.): Das Public Health Buch - Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Wien, Baltimore.

Schwartz, F.W. et al. 1998¹: Ziele und Strategien der Gesundheitspolitik. In: Schwartz, F.W. et.al. (Hrsg.), Seite 172-188.

Schwartz, F.W. et al. 1998²: Evaluation und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen. In: Hurrelmann, K. et al. (Hrsg.), Seite 823-849.

Schwartz, F.W. et al. 1999: Public Health in Deutschland. In: Deutsche Gesellschaft für Public Health (Hrsg.), Seite 23-31.

Schwartz, F.W./ Wismar, M. 1998: Planung und Management. In: Schwartz, F.W. et al. (Hrsg.), Seite 558-573.

Schwarzer, R. (Hrsg.) 1990: Gesundheitspsychologie. Ein Lehrbuch. Göttingen.

Selbmann, K.-H. 1995: Qualitätsmanagement und Behandlungsleitlinien im Krankenhaus. In: Arnold, M./ Paffrath, D. (Hrsg.), Seite 177-190.

Sendler, H. 1996: Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung - Ein Beitrag zur systematischen Ergänzung der Organisationsstrukturen des Gesundheitswesens. In: Arbeit und Sozialpolitik 1-2/96, Seite 33-38.

Senge, P. M. 1992: The fifth discipline: the art and practice of the learning organization. London.

Siegrist, J. et al. 2000¹: Vertiefende Analyse. In: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), Seite 169-178.

Siegrist, J. et al. 2000²: Praktische Folgerungen. In: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), Seite S. 185-191.

Sozialdemokratische Gemeinschaft für Kommunalpolitik NW e.V. (SGK) (Hrsg.) 2000: Kommunale Gesundheitspolitik – Schwerpunkte und Perspektiven. Dokumentation der SGK-Fachtagung am 18. März 2000 in Dortmund.

Spree, R. 1981: Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Zur Sozialgeschichte des Gesundheitsbereiches im Deutschen Kaiserreich, Göttingen.

Stadt Bielefeld (Hrsg.) 2000: Das Gesundheitssystem in Bielefeld. Meinungen der Bielefelder Bürgerinnen und Bürger zur gesundheitlichen Versorgung. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung. Reihe Stadtforschung in Bielefeld, Heft 6.

Stadt Münster (Hrsg.) 2001: Gesundheitsrahmenbericht für die Stadt Münster. Münster.

Staehe, W. H. 1994: Management. Eine verhaltenswissenschaftliche Perspektive. München.

Stanhope, M./ Lancaster, J. 1996: Community health nursing: promoting health of aggregates, families, and individuals, 4th ed., St. Louis.

Statistisches Bundesamt Wiesbaden (Hrsg.) 1998: Gesundheitsbericht für Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Stuttgart.

Stender, K.-P. 1995: Städte wollen gesund werden. Eine Einführung in das Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland. In: Freie und Hansestadt Hamburg (Hrsg.), Seite 2ff.

Stillfried, Graf v., G./ Jelastopulu, E. 1997: Zu den Hintergründen des Themas „Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung“ – Bestimmungsursachen der Schnittstellenproblematik. In: Arnold, M./ Paffrath (Hrsg.) 1997, Seite 21-34.

Stollberg, G. 1994: Aspekte einer Geschichte von Public Health-Konzeptionen in Deutschland. In: Schaeffer, D. et al. (Hrsg.), Seite 29-42.

Stollberg, G. 2001: Medizinsoziologie. Bielefeld.

Streich, W./Wolters, P/Brand, H. 1998 (Hrsg.), Berichterstattung im Gesundheitswesen. Analysen zur Entwicklung und Perspektiven für einen Neubeginn. Weinheim, München.

Suchman, E.A. 1967: Evaluative research: Principle and practice in public service and social action Programs. New York.

Süß, W. 1996: Die Befragung von Schlüsselpersonen und von Bewohnerinnen und Bewohnern. In: Hamburger Projektgruppe Gesundheitsberichterstattung in der Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales der Freien und Hansestadt Hamburg (Hrsg.), Seite 83-88.

Swanson, J.E. 1993: Community health nursing: promoting the health of aggregates. Philadelphia.

Taylor, B.J. 1993: Assessing Needs and Lanning Care in Social Work. England.

Teubner, G./ Willke, H. 1984: Kontext und Autonomie. Gesellschaftliche Selbststeuerung durch reflexives Recht. In: Zeitschrift für Rechtssoziologie (ZfRsoz) 5, Seite 4-35.

Thiele, W./Trojan, A.(Hrsg.) 1990: Lokale Gesundheitsberichterstattung. Hilfen auf dem Weg zu einer neuen Gesundheitspolitik? St. Augustin.

Townsend, P. et al. (Hrsg.) 1992: Inequalities in health: the black report and the health divide. London.

Trabert, G. 1995: Gesundheitssituation (Gesundheitszustand) und Gesundheitsverhalten von alleinstehenden, wohnungslosen Menschen im sozialen Kontext ihrer Lebenssituation. Bielefeld.

Trabert, G. 1997: Gesundheitsstatus und medizinische Versorgungssituation von alleinstehenden, wohnungslosen Menschen. In: Das Gesundheitswesen, Heft 59, Seite 378-386.

Trojan, A./ Stumm, B. (Hrsg.) 1992: Gesundheit fördern statt kontrollieren. Eine Absage an den Mustermann. Frankfurt/Main

Trojan, A./Hildebradt, H. 1990: Brücken zwischen Bürgern und Behörden. Innovative Strukturen für Gesundheitsförderung. Sankt Augustin.

Trojan, A./Waller, H. (Hrsg.) 1980: Gemeindebezogene Gesundheitssicherung. Einführung in neue Versorgungsmodelle für medizinische und psychosoziale Berufe. München u.a.O.

Trojan, A.: 1999: Kommunale Gesundheitspolitik. In: Wollmann, H./Roth, R. (Hrsg.), Seite 780-801.

Troschke, J. v. (Hrsg.) 1991: Erfolge gemeindebezogener Prävention: Ergebnisse aus der Deutschen Herz – Kreislauf - Präventionsstudie (DHP). Sankt Augustin.

Troschke, J. v. 1983¹: Präventive Gemeindestudien in der Bundesrepublik Deutschland. In: Deutsches Ärzteblatt, Heft 42, Seite 65-70.

Troschke, J. v. 1983²: Können gemeindezentrierte Interventionsstudien zur Verbesserung der Gesundheit beitragen? In: Ferber, Chr. v./ Badura, B. (Hrsg), Seite 119-139.

Tsouros, A. 1995: The WHO Healthy Cities Project; State of the art and future plans. Health Promotion International, 10, Seite 133-142.

Ulrich, G. 1994: Politische Steuerung. Staatliche Intervention aus systemtheoretischer Sicht. Opladen.

Vasia, A. 2000: Einzelfalldarstellungen der Tiefenevaluationskommunen. Stadt Münster. In: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg), Seite 302-310.

Vogt, A.: 2000: Umweltbezogene Gesundheitsberichterstattung – ein praxisbezogenes Konzept für Städte und Landkreise in NRW. Diplomarbeit, Bielefeld, April 2000.

Weth, C. 1996: Die Neuorientierung der Gesundheitsämter in NRW im Rahmen des Wandels der kommunalen Gesundheitspolitik Diss. Univ.-Bielefeld.

Weth, C. 1999: Der Gesundheitsbericht der Stadt Münster. In: Laaser, U. et al. (Hrsg.) Lage, Seite 107-114.

WHO (World Health Organisation) 2000: Health Systems: Improving Performance. Geneva.

WHO (World Health Organisation) 1978: Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September, Geneva.

WHO (World Health Organisation), Regionalbüro für Europa 1986: Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion Ottawa, Canada, 17-21 November 1986.

WHO (World Health Organisation), Regionalbüro für Europa 1993: Ziele zur „Gesundheit für alle“. Die Gesundheitspolitik für Europa. Aktualisierte Fassung 1991. Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 4, Kopenhagen.

WHO (World Health Organisation), Regionalbüro für Europa 1996 (Hrsg.): Gesundheitsreformen in Europa. Strategiebericht (Zusammenfassung). Kopenhagen.

WHO (World Health Organisation) 1998: Social Determinants of Health. The Solid Facts.

Wichmann, H.-E. et al. 2000: Handbuch der Umweltmedizin. Toxikologie, Epidemiologie, Hygiene, Belastungen, Wirkungen, Diagnostik, Prophylaxe. Landsberg/Lech.

Widmer, Th. 1996: Meta-Evaluation. Kriterien zur Bewertung von Evaluationen. Bern, Stuttgart, Wien.

Wiling, P/Siegrist, J. 2000: Die Begleitinstitutionen des Modellvorhabens. In: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), Seite 45-58.

Willke, H. 1983: Entzauberung des Staates Überlegungen zu einer gesellschaftlichen Steuerungstheorie. Königstein/Ts.

Willke, H. 1989: Systemtheorie entwickelter Gesellschaften. Dynamik und Riskanz moderner gesellschaftlicher Selbstorganisation. Weinheim, München.

Willke, H. 1992: Ironie des Staates. Frankfurt/Main.

Willke, H. 1995: Systemtheorie III: Steuerungstheorie. Grundzüge einer Theorie der Steuerung komplexer Sozialsysteme. Stuttgart, Jena.

Wimmer, R. 2000: Kommunale Gesundheitskonferenzen in Nordrhein Westfalen. Kein Modell für Deutschland. In: Deutsches Verwaltungsblatt, Nr. 1, 1. Januar 2000, Seite 27-30.

Witzler, B. 1995: Großstadt und Hygiene. Kommunale Gesundheitspolitik in der Epoche der Urbanisierung. Stuttgart.

Woelk, W. et al 1997: Funktionen kommunaler Gesundheitspolitik von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der Bundesrepublik Deutschland. In: v. Ferber, Chr./Wolters, P. (Hrsg.), Seite 25-38.

Wohlfahrt, N. 2000: Netzwerke als Instrument politisch-administrativer Kontextsteuerung? In: Dahme, H.-J./ Wohlfahrt, N. (Hrsg.), Seite 69-87.

Wollmann, H./ Roth, R. (Hrsg.) 1999: Kommunalpolitik. Politisches Handeln in den Gemeinden. Opladen.

Zamora, P. et al. 2000: Das Modellprojekt „Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung“. In: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), Seite 6-25.

Zamora, P./ van Kampen, N. 1996: Zur Rolle der Selbsthilfe bei der Gestaltung kommunaler Gesundheitspolitik. In: Public Health Forum, Nr. 13, Juli 1996, Seite 11.

ANHANG

ANHANG

ANHANG A: Zusammenfassung der Ergebnisse einer postalischen Befragung zur Dokumentation ortsnaher Koordinations- und Steuerungsansätze.

ANHANG B: Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) vom 25.11.1997. Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Nordrhein-Westfalen 51, Nummer 58, S. 431 ff. (Auszug: Artikel 3).

ANHANG C: Rahmenkonzept „Ortsnahe Koordinierung“ (Grundlage des mit 1.9.1995 in Nordrhein-Westfalen eingeleiteten Projekts in etwa der Hälfte der Kreise und kreisfreien Städte des Landes).

ANHANG D: Rahmenkonzept „Ortsnahe Koordinierung“, Tischvorlage
03.11.1995

ANHANG E: Ergebnisniederschrift Vorbereitender Ausschuß der Landesgesundheitskonferenz am 14. April 1997.

ANHANG F: Indikatorenansatz der Gesundheitsministerkonferenz der Länder – Auswahl der auf Kreisebene in NRW verfügbaren Indikatoren (Stand Mai 2000)

ANHANG A: Zusammenfassung der Ergebnisse einer postalischen Befragung
zur Dokumentation ortsnaher Koordinations- und
Steuerungsansätze.

Überblick ortsnaher Koordinations- und Kooperationsansätze im deutschen Gesundheitswesen¹

Land	Kommunale bzw. regionale Koordinations und Kooperationsinstrumente und -maßnahmen	Zeitpunkt der Einrichtung/Durchführung
Baden-Württemberg	<ul style="list-style-type: none"> • Forum „Öffentlicher Gesundheitsdienst/Gesundheitswissenschaften/ Kommunalpolitik“ (eine Art Beratungs- und Steuerungsgremium für den ÖGD unter der Moderation des Sozialministeriums. Zentrale Ziele sind der Informationstransfer zwischen Praxis, Forschung und Lehre und die Beratung und Stärkung des ÖGD bei der Umsetzung gesundheitspolitisch relevanter Aufgaben). • Regionale Arbeitsgemeinschaften für Gesundheit (In allen 38 Gesundheitsamtsbezirken in Baden-Württemberg eingerichtet. Die Aktivitäten der regionalen Arbeitsgemeinschaften erstrecken sich über das gesamte Spektrum gesundheitsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung. Dabei werden alle Möglichkeiten der Kooperation mit den Einrichtungen, den Kostenträgern und allen Gruppierungen genutzt, die in unterschiedlicher Form Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung entwickeln und anbieten). • „Gesundheitsrat Südwest – Unabhängige Kommission bei der Landesärztekammer Baden-Württemberg“. (Eine Initiative der Landesärztekammer Baden- Württemberg. Dieses Gremium – 11 Mitglieder aus Politik, stationärer und ambulanter Versorgung, Kostenträger, Kirche, Patienten etc. – hat die Aufgabe, die gesundheitliche Versorgung in B-W. übergreifend zu betrachten. Auf dieser Grundlage werden Lösungsvorschläge sowie Empfehlungen für Entscheidungsträger in der Selbstverwaltung und Politik erarbeitet). 	Seit 1997

¹ Zusammenfassung der Ergebnisse einer bundesweiten Umfrage zur Dokumentation ortsnaher Koordinations- und Steuerungsansätze im deutschen Gesundheitswesen. Stand Dezember 2000. Die hier nicht erwähnten Bundesländer haben keine Angaben gemacht.

Bayern	<ul style="list-style-type: none"> • Gemeindenahen Gesundheitskonferenzen 	Seit 1996
Berlin	<ul style="list-style-type: none"> • Bezirkliche Plan- und Leitstellen als dezentrale Koordinations-, Planungs- und Kommunikationsinstanzen (Ausgelagerte Managementstrukturen der Gesundheitsverwaltung zur Erfüllung der „neuen“ Aufgaben nach dem Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst von 1994. Mit diesem Gesetz wurde Berlin das erste Bundesland, in dem die Aufgaben „Gesundheitsförderung“, „GBE“ und „Gesundheitsplanung“ auf kommunaler Ebene eine gesetzliche Grundlage bekamen. Die Plan- und Leitstellen sind beim Gesundheitsdezernenten angesiedelt. 	Ca. 1996
Brandenburg	<ul style="list-style-type: none"> • Modellprojekt „Regiekompetenz kommunaler Gesundheitsämter“. Neuordnung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes nach dem Gesundheitsdienstgesetz 1994. 	Seit 1994
Bremen	<ul style="list-style-type: none"> • In Bremen existieren themenspezifische Koordinations- und Kooperationsansätze („Kooperationsvereinbarung Impfen“; „Verein für die Förderung der med. Versorgung Obdachloser“ etc.). Die Einrichtung einer Landes- bzw. kommunaler Gesundheitskonferenz wird mittelfristig angestrebt. 	
Hessen	<ul style="list-style-type: none"> • Keine konkrete Ansätze einer ortsnahen Koordination der gesundheitlichen Versorgung (mündlicher Bericht). 	
Nordrhein-Westfalen	<ul style="list-style-type: none"> • Institutionalisierung der „Ortsnahen Koordinierung“ durch ÖGD-NRW (§ 23 „Koordination“; §24 „kommunale Gesundheitskonferenz“.) 	Seit 1996 (Modellprojekt) Seit 1998 (gesetzlich verankert)
Rheinland-Pfalz	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunale Gesundheitskonferenz verankert durch das Gesetz zur Neuordnung des öffentlichen Gesundheitsdienstes. 	1996

Saarland	<ul style="list-style-type: none"> • „Regionale Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen“ Erfahrungs- und Informationsaustausch zwischen allen am Gesundheitswesen beteiligten Institutionen • Regionale Gesundheitskonferenzen fanden 1998 statt. Institutionalisierungsgrad unklar. 	1992 und 1993
Sachsen-Anhalt	<ul style="list-style-type: none"> • Landesgesundheitskonferenz Programm „Gesundheit für alle“ mit „meßbaren“ Gesundheitszielen, deren Erreichung auch unter Beteiligung von Experten auf kommunaler Ebene (örtliche Gesundheitsämter) angestrebt wird. • § 3 des Gesundheitsdienstgesetzes Sachsen-Anhalts sieht Koordinationsfunktion des ÖGD vor. Diese Aufgabe wird in Form einer sektoralen, themenspezifischen Koordinierung wahrgenommen (Bp. Regionale Arbeitskreise Jugendzahnpflege und Rettungsdienstbereichsbeiräte). 	Erstmalig 1998
Schleswig-Holstein	<ul style="list-style-type: none"> • Die vor kurzem veröffentlichten neuen „Eckpunkte für die Novellierung des Gesundheitsdienstgesetzes“ sehen weder Gesundheitskonferenzen noch eine kommunale Gesundheitsplanung vor. 	

ANHANG B: Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) vom 25.11.1997. Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Nordrhein-Westfalen 51, Nummer 58, S. 431 ff. (Auszug: Artikel 3).

**Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGDG) vom 25.11.1997. Gesetz- und
Verordnungsblatt für das Land Nordrhein-Westfalen 51, Nummer 58, S. 431ff.**

Auszug: Artikel 3

§ 3

Zusammenarbeit und Koordination

Der Öffentliche Gesundheitsdienst arbeitet mit den anderen an der gesundheitlichen Versorgung Beteiligten, insbesondere mit den Trägern medizinisch - sozialer Einrichtungen; den Kostenträgern, den Selbsthilfegruppen sowie den Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge und des Patientenschutzes zusammen. Er wirkt auf eine bedarfsgerechte gegenseitige Information und Koordination ihrer gesundheitlichen Maßnahmen und Leistungen hin. Er regt Maßnahmen der vorrangig zur Leistung Verpflichteten an.

§ 6

Aufgaben der unteren Gesundheitsbehörde

(1) Aufgaben der unteren Gesundheitsbehörde sind

1. die Mitwirkung an der Gesundheitsförderung, der Prävention und dem Gesundheitsschutz,
2. die Mitwirkung an der Gesundheitshilfe,
3. die Dienste der Qualitätssicherung,
4. die Ausstellung amtsärztlicher Zeugnisse und Gutachtertätigkeit,
5. die Gesundheitsberichterstattung,
6. die ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung.

Ist in Gesetzen und Rechtsverordnungen die Zuständigkeit der Amtsärztin oder des Amtsarztes begründet oder sind amtliche Zeugnisse, Bescheinigungen und Gutachten vorgeschrieben, so ist die untere Gesundheitsbehörde zuständig.

(2) Die untere Gesundheitsbehörde führt die in §§9, 17, §18 Abs. 2, § 20 Abs. 1 aufgeführten Aufgaben als Pflichtaufgaben zur Erfüllung nach Weisung durch. Die Aufsichtsbehörden können Weisungen erteilen, um die gesetzmäßige Ausführung dieser Aufgaben zu sichern. Aufsichtsbehörden sind die Bezirksregierungen und oberste Aufsichtsbehörde das für das Gesundheitswesen zuständige Ministerium.

(3) Im Interesse der Erreichbarkeit und der Vernetzung von Gesundheitsvorsorge, medizinischer Behandlung, Beratung, Betreuung und Nachsorge ist auf eine enge räumliche und funktionale Abstimmung gesundheitlicher Leistungen und Einrichtungen hinzuwirken.

§ 21 Kommunaler Gesundheitsbericht

Die untere Gesundheitsbehörde erstellt zur Erfüllung ihrer Aufgaben nach § 6 regelmäßig Gesundheitsberichte auf der Grundlage eigener und der in der Gesundheitskonferenz beratenen Erkenntnisse und macht sie der Öffentlichkeit zugänglich.

§ 23 Koordination

Die Koordination insbesondere der

- kommunalen Gesundheitsberichterstattung,
- Gesundheitsförderung,
- Umweltmedizin,
- psychiatrischen und Suchtkrankenversorgung,
- medizinisch - sozialen Versorgung älterer Menschen,
- AIDS - Aufklärung, - Beratung und –Versorgung,

ist als eigenständige Aufgabe wahrzunehmen. Hierzu gehört auch die Geschäftsführung der Gesundheitskonferenz und ihrer Arbeitsgruppen.

§ 24 Kommunale Gesundheitskonferenz

- (1) Der Rat oder der Kreistag beruft die Kommunale Gesundheitskonferenz von Vertretern und Vertreterinnen der an der Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung der Bevölkerung Beteiligten, der Selbsthilfegruppen und der Einrichtungen für Gesundheitsvorsorge und Patientenschutz ein. Mitglieder des für Gesundheit zuständigen Ausschusses des Rates oder des Kreistages gehören der Kommunalen Gesundheitskonferenz an.
- (2) Die Kommunale Gesundheitskonferenz berät gemeinsam interessierende Fragen der gesundheitlichen Versorgung auf örtlicher Ebene mit dem Ziel der Koordinierung und gibt bei Bedarf Empfehlungen. Die Umsetzung erfolgt unter Selbstverpflichtung der Beteiligten.
- (3) Die Kommunale Gesundheitskonferenz wirkt an der Gesundheitsberichterstattung mit. Der Gesundheitsbericht wird mit den Empfehlungen und Stellungnahmen der Kommunalen Gesundheitskonferenz dem Rat oder dem Kreistag zugeleitet.

ANHANG C: Rahmenkonzept „Ortsnahe Koordinierung“ (Grundlage des mit 1.9.1995 in Nordrhein-Westfalen eingeleiteten Projekts in etwa der Hälfte der Kreise und kreisfreien Städte des Landes).

Rahmenkonzept
Ortsnahe Koordinierung der
gesundheitlichen und sozialen Versorgung

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales
des Landes NRW

Grundlage des mit 1.9.1995 in Nordrhein-Westfalen
eingeleiteten Projekts in etwa der Hälfte der Kreise und
kreisfreien Städte des Landes

Inhalt	Seite
A. Rahmenkonzept	210
1. Ausgangssituation	210
2. Ziele und Voraussetzungen der Koordination	212
3. Kreise und kreisfreie Städte als Handlungsebene	213
4. "Runder Tisch" als Instrument der Koordination	213
5. Erprobung notwendiger Abstimmungs- und Koordinationsaufgaben	214
6. Themenschwerpunkte	217
7. Wissenschaftliche Begleitung	218
8. Begleitende Gremien	219

A. Rahmenkonzept

1. Ausgangssituation

Bisher sektorale Planung der gesund- heitlichen und sozialen Versorgungsangebote

Einer zukunftsorientierten und bedarfsgerechten Versorgung unseres Landes mit Einrichtungen und Diensten der gesundheitlichen und sozialen Versorgung wird die traditionelle sektorale Betrachtung, bei der Planung und Steuerung dieser Angebote nicht mehr ausreichend gerecht. Diese Erkenntnisse setzen sich im zunehmenden Maß bei allen Beteiligten durch.

Es wächst das Bewußtsein, daß nur durch verstärkte Abstimmung, Zusammenarbeit und Koordinierung die Versorgung in diesen Bereichen sowohl qualitativ verbessert als auch wirksamer und wirtschaftlicher gestaltet werden kann. Das Gesundheitsstrukturgesetz und das Pflegeversicherungsgesetz haben darüber hinaus diesbezügliche Impulse gegeben.

So verlieren die Krankenhäuser zunehmend ihre Rolle als solitäre Einrichtungen (z.B. in Zusammenhang mit dem Aufbau der Pflegeversicherung oder bei ambulanten Operationen). Sie müssen zukünftig verstärkt mit anderen ambulanten, stationären und pflegerischen Diensten verzahnt werden und sind als übergreifende Dienstleistungszentren auch Ausgangspunkt für die Koordination und therapeutische Verknüpfung zwischen Akutmedizin und Rehabilitation.

Ein anderes Beispiel ist die Pflegeversicherung. Ihre bedarfsgerechte Umsetzung auf örtlicher Ebene erfor-

dert neben der Schaffung einer Pflegeinfrastruktur auch deren Vernetzung mit den Einrichtungen und Diensten des Gesundheitswesens.

Zum Teil werden die entsprechenden Erkenntnisse bereits umgesetzt, indem vor Ort Verfahren gefunden werden, die eine solche Koordinierung zum Ziel haben. Viele Beispiele zeigen dabei, daß die örtliche Ebene ihre Kenntnisse konstruktiv einbringen kann und schon bisher intensiv bemüht ist, zu einer Abstimmung der Interessen und zu einer Koordinierung der Dienste und Leistungen zu kommen.

Diese Entwicklung wird das Land nachhaltig unterstützen und das Rahmenkonzept der "Ortsnahen Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung" fördern, in das die folgenden, teils schon eingeleiteten Projekte integriert werden:

- Das zum Jahresende 1994 ausgeschriebene Projekt "Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung",
- das Projekt "Örtliche Pflegekonferenzen Nordrhein-Westfalen",
- das Projekt zur Erprobung der Leitlinien für ein Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (Gesundheitsamt 2000), das im Zuge dieser Integration in das übergreifende Rahmenprojekt nicht mehr eigens ausgeschrieben werden wird.

Ziel: Kenntnisse der örtlichen Ebene konstruktiv zur Koordinierung der Angebote nutzen

Integration mehrerer Projekte

2. Ziele und Voraussetzungen der Koordination

**Behandlung aller
Relevanten
Versorgungsfragen**

Gegenstand der Koordination und damit des Rahmenprojekts sind grundsätzlich alle koordinations- und transparenzbedürftigen Themenfelder der gesundheitlichen und sozialen Versorgung in den Kreisen und kreisfreien Städten.

Abstimmung und Koordination zielen darauf,

Versorgung optimieren

- die Versorgung der Kranken und Pflegebedürftigen insgesamt zu optimieren, indem das Angebot der Leistungen bürgernah am Bedarf ausgerichtet und entwickelt wird, sowie

**Defizite beseitigen,
Überangebote
Bereinigen**

- für noch fehlende Dienste zu sorgen und überflüssige zu vermeiden, indem den Ursachen für mangelnde Abstimmung und Leistungslücken bei der Zusammenarbeit der für die Planung und Leistung Verantwortlichen gegengewirkt wird.

Voraussetzungen für eine wirkungsvolle und wirtschaftliche Koordination sind auch:

- die Entwicklung effizienter Formen der Beteiligung, der Zusammenarbeit, der Information und Abstimmung,
- der Aufbau von flexibleren Strukturen für die, Durchgängigkeit, Durchlässigkeit, Austauschbarkeit und Ersetzbarkeit der -einzelnen Leistungen der regionalen Gesundheitsorganisationen,

- die Entwicklung der Verfahrenswege bei der Umsetzung in den Einzelbereichen,
- Methoden zur Nutzung von Bedarfs- und Bestandsdaten ambulanter, teilstationärer, stationärer und komplementärer Dienste (u.a. Entwicklung einer problemadäquaten Gesundheitsberichterstattung).

3. Kreise und kreisfreie Städte als Handlungsebene

Die Vorteile besserer Koordinierung und Vernetzung sind auf der Ebene der Kreise und kreisfreien Städte zu realisieren.

**Handlungsebene
Kommune**

Das Projekt soll an die vorhandenen Kompetenzen aller Beteiligten anknüpfen.

Auch wenn die Kommunen dabei nur teilweise eigene gesetzliche Zuständigkeiten einbringen, tragen sie dennoch die kommunalpolitische Verantwortung für eine abgestimmte gesundheitliche und soziale Versorgung vor Ort.

4. "Runder Tisch" als Instrument der Koordination

Zur Abstimmung und Koordination bilden die wesentlich für die ortsnahe Koordinierung Verantwortlichen des Gesundheits- und Sozialbereichs auf dem Gebiet einer kreisfreien Stadt bzw. eines Kreises einen "Runden Tisch", der als Gesundheits- und Pflegekonferenz wirkt.

**Koordinierungs-
instrument
"Runder Tisch"**

Die politische Ebene der kreisfreien Stadt/des Kreises trägt für die Arbeit des "Runden Tisches" die Verantwortung, unabhängig davon, ob sie selbst die Leitung übernimmt.

Der "Runde Tisch" ist prinzipiell für sämtliche Fragen der Abstimmung und Transparenz und deren übergreifende Betrachtung zuständig. Er führt eine Bestandsaufnahme durch, setzt Prioritäten für die Themenaufarbeitung und bildet zur Vorbereitung der Beratung einzelner Themenbereiche Arbeitsgruppen, berät die Arbeitsergebnisse und entwickelt einvernehmliche Handlungsempfehlungen.

**Bildung
themenspezifischer
Arbeitsgruppen**

Der "Runde Tisch" kann themenspezifische Arbeitsgruppen als Subgremien (z.B. Pflegekonferenz) bilden, an denen alle für die umfassende Bedarfsabklärung und Sicherstellung zu diesem Themenbereich verantwortlichen Kräfte zu beteiligen sind. Sie werden von einem fachlich verantwortlichen Funktionsträger der kreisfreien Stadt/des Kreises geleitet. Solche Arbeitsgruppen erarbeiten für den "Runden Tisch" Vorschläge zur Bedarfsabklärung, ggf. zur Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur und zur Förderung der Kooperations- und Transparenz für den jeweiligen Themenbereich.

5. Erprobung notwendiger Abstimmungs- und Koordinationsaufgaben

Aspekte der Erprobung

Aspekte der Erprobung sind nach eingehender Vorerörterung mit den Beteiligten die

- Themenauswahl sowie die Verfahrensweise bei Erarbeitung, Verabschiedung und Umsetzung der Empfehlungen im Zuge der Koordination durch den "Runden Tisch" und seine Beteiligten,
- Abstimmung der Beteiligten bei der Umsetzung der Pflegeversicherung auf der örtlichen Ebene (Kreise, kreisfreie Städte) in kommunalen Pflegekonferenzen,
- Funktionen, Aufgaben, Verfahren und Instrumente nach den Leitlinien für ein Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen, auch soweit diese Leitlinien über Koordinationsfunktionen hinausgehen und deshalb die übrigen am "Runden Tisch" Beteiligten nicht immer betreffen.

Dabei geht es insbesondere um folgende Fragen:

- Besonderheiten städtischer Ballungs- und ländlicher Flächenregionen,
- Besonderheiten von Kreisen und kreisfreien Städten im Grenzbereich zu anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union,
- Zusammensetzung der am "Runden Tisch" und an seinen Arbeitsgruppen Beteiligten (die örtliche Pflegekonferenz steht im Hinblick auf ihre Einbindung in Koordinierung den Arbeitsgruppen für die übrigen Themenbereiche gleich),

- Integration der fachlichen Abstimmungsprozesse in die einzelnen Funktionsbereiche (auch innerhalb der Verwaltungen der Kreise und kreisfreien Städte). Die Anbindung der Geschäftsstelle für den "Runden Tisch" bei den Gesundheitsämtern ist insoweit kein Präjudiz, für die fachbezogene Wahrnehmung durch andere Ämter/Funktionseinheiten der Kommunen und läßt insbesondere die übergreifende politische Koordinationsaufgabe der Kommunen als umfassenden Politikbereich unberührt. Die Geschäftsstelle kann im Ausnahmefall nach Abstimmung mit dem MAGS auch bei anderen Stellen in der Kommune angesiedelt werden,
- Methoden zum Erwerb der Datengrundlagen. Darunter fallen u.a. der Umgang mit den krankenhausbezogenen qualitativen und quantitativen Eckdaten einschließlich der erforderlichen Gewichtungsfaktoren für die örtliche Verwendung sowie die Datenlage zur Umsetzung der Pflegeversicherung und der Rehabilitation. Hinzu kommt die Aufbereitung der Datenlage zu parallelen Versorgungsbereichen, soweit sie für die Abklärung je nach Aufgabenspektrum von Bedeutung sind (niedergelassene Ärzte, soziale Dienste usw.),
- Erfahrungen, wie die Beteiligten mit ihren Handlungsspielräumen während und nach gemeinsamer Bedarfsabklärung umgehen, welche Kräfteverhältnisse konstruktiv und destruktiv auf den Konkretisierungsprozeß und seine Umsetzung wirken und ob z.B. die für den Krankenhausbereich bei der Umset

zung des Art. 17 Pflege-VG naheliegenden Absprachen zwischen den Beteiligten auch quantitativ geeignet sind, von den nach mehr Entscheidungsfreiheit strebenden Krankenhausträgern als Mittel genutzt zu werden,

- Erkenntnisse und -Bewertung zu Einzelheiten der gegenwärtigen Rechtslage, die die Koordinierung, Transparenz und Umsetzung der Empfehlungen des "Runden Tisches" erschweren oder behindern, und Hinweise zur Optimierung des Verfahrens, um Hemmnisse ggf. abbauen zu können und
- Klärung, mit welcher Richtung und Wirkung –die Leitlinien für ein Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst als Grundlage für die Wahrnehmung der Aufgaben der Kommunen als Träger des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bei veränderten personellen und finanziellen Rahmenbedingungen geeignet sind.

6. Themenschwerpunkte

MAGS legt im Einvernehmen mit den beteiligten Kreisen und kreisfreien Städten Themenschwerpunkte fest, um ungeachtet der spezifischen Interessen der einzelnen Kommunen eine möglichst breite Erprobung der einbezogenen Projektfelder zu sichern. Themenschwerpunkte des "Runden Tisches" sind insbesondere

- Gesundheitsförderung und Organisation von ambulanten Diensten/Sozialstationen,

Themenschwerpunkte und Probleme vor Ort

- die Umwidmung von Krankenhausbetten in Kurzzeitpflegebetten nach Art. 17 Pflege-VG,
- weitere Konsequenz des Bundespflegeversicherungsgesetzes,
- die Integration pflegerischer Aspekte,
- die geriatrische Versorgung mit der Bildung von Versorgungsketten,
- die psychiatrische Versorgung mit der Bildung von Versorgungsketten,
- Berücksichtigung der besonderen Fragen im Grenzbereich zu anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union.

Die Möglichkeit der "Runden Tische" zu einer darüber hinausgehenden Themenauswahl bleibt unberührt.

7. Wissenschaftliche Begleitung

Das Förderprojekt wird wissenschaftlich begleitet. Es soll festgestellt werden, ob und in welchem Umfang die zu klärenden Schwerpunktbereiche und Erprobungsaspekte bewältigt worden sind. Deshalb werden die Wissenschaftler von Anfang an beteiligt, um die Entwicklung und Einrichtung der erforderlichen Instrumente zu erleichtern.

Evaluation der Erfahrungen

8. Begleitende Gremien

Das Projekt wird begleitet durch

- den vorbereitenden Ausschuß der Landesgesundheitskonferenz für die Erprobungsschwerpunkte "Ortsnahe Koordinierung der Gesundheitlichen Versorgung" und "Gesundheitsamt 2000" und den Begleitausschuß des Projekts "Örtliche Pflegekonferenzen in Nordrhein-Westfalen" für diesen Erprobungsschwerpunkt, beide erörtern gemeinsam insbesondere klärungsbedürftige überörtlich bedeutsame, gemeinsam interessierende Grundsatzfragen,
- einen wissenschaftlichen Beirat, der mit bundesweit ausgewiesenen Vertretern verschiedener Teildisziplinen der Gesundheitswissenschaften besetzt werden soll,
- eine Konferenz aller am Projekt beteiligten Kreise und kreisfreien Städte zur Förderung des Erfahrungsaustausches.

Unberührt hiervon bleibt der Begleitausschuß des Projektes "Örtliche Pflegekonferenzen in Nordrhein-Westfalen».

**Intensive Begleitung
durch Landesgesund-
heitskonferenz, einen
wissenschaftlichen
Beirat und
Erfahrungsaustausch
der Kommunen**

ANHANG D: Rahmenkonzept „Ortsnahe Koordinierung“, Tischvorlage
03.11.1995

Rahmenkonzept

Hintergrund und Ziele

Das Rahmenkonzept hat folgende Erprobungsschwerpunkte:

- Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen Versorgung,
- örtliche Pflegekonferenzen Nordrhein-Westfalen,
- Leitlinien für ein Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (Gesundheitsamt 2000).

Das Rahmenkonzept ist vor dem *Hintergrund* der immer enger werdenden Ressourcen, der demographischen Entwicklung sowie dem Panoramawandel von Krankheiten, generellem Trend zur Dezentralisierung, der Partizipation und der Demokratisierung sowie dem Selbstverständnis der Selbstverwaltung entstanden. Komplementäre Bewegungen liegen im europäischen Kontext; die Bereitschaft zur Adaptation von Erfahrungen aus dem Ausland wächst. Die Trends zur *Feinsteuerung* vor Ort, der *Verzahnung* und *Vernetzung* sowie der Bildung vollständiger *Versorgungsketten*, bei gleichzeitiger *Vermeidung von Fehl- und Überkapazität* nehmen zu.

Konkrete Anstöße wurden auch gegeben durch das Gesundheitsstrukturgesetz, das Pflegeversicherungsgesetz sowie die Verwaltungsstrukturreform mit Anstößen für neue Handlungsformen in den Kommunen.

Die Federführung liegt bei diesem Projekt in der Kommune unter Beteiligung aller relevanten Partner der gesundheitlichen und sozialen Versorgung.

Grundlegende Ziele des Projektes sind:

- Optimierung der Versorgung der Kranken und Pflegebedürftigen insbesondere unter den Gesichtspunkten
 - Bedarfsgerechtigkeit
 - Zugänglichkeit
 - Bürgernähe.
- Erarbeitung effizienter Formen der Beteiligung, der Zusammenarbeit, der Information und Abstimmung.
- Aufbau flexibler Strukturen für die Durchgängigkeit, Durchlässigkeit, Austauschbarkeit und Ersetzbarkeit der einzelnen Leistungen der regionalen Gesundheitsorganisation.

Voraussetzungen für eine wirkungsvolle Abstimmung und Zusammenarbeit sind die Integration der fachlichen Abstimmungsprozesse in den einzelnen Funktionsbereichen, Methoden zum Erwerb der Datengrundlagen und Erkenntnisse und Bewertung im Hinblick auf die gegenwärtige Rechtslage.

Konkretes Ziel des Projektes bis zum Ende der Projektlaufzeit - Ende 1996 - ist die Vorbereitung und Verabschiedung einvernehmlicher Handlungsempfehlungen in den Themenkomplexen, die eine Kommune als Gegenstand ihrer Kooperationsinitiative gewählt hat. Geltende gesetzliche Regelungen bleiben unberührt.

Die Aufgaben der Projektgeschäftsstellen

1. Die Geschäftsstelle beim Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst

Die Geschäftsstelle beim Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (LÖGD) ist in der Abteilung 3 "Grundsatzfragen Kommunale Gesundheitspolitik und Gesundheitsförderung" angesiedelt. Ein multidisziplinäres Team plant, begleitet und organisiert die Umsetzung des Projekts.

Die Geschäftsstelle beim LÖGD ist erste Anlauf- und Transferstelle für die beteiligten Kommunen. Sie sorgt für die Vernetzung der Projektbeteiligten, stellt Kontakte her oder bringt offene Fragen und Probleme in die Jour fixe-Sitzungen des Steuerungsgremiums ein.

Die Aufgaben

- Gesamtorganisation und geschäftsmäßige Darstellung des Projektverlaufs,
- Vorbereitung der Sitzungen der Gremien auf Landesebene (Jour fixe-Sitzungen, Wissenschaftlicher Beirat, vorbereitender Ausschuß der Landesgesundheitskonferenz),
- organisatorische Vorbereitung von Konferenzen und Workshops (Treffen und Fortbildungsveranstaltungen für die Geschäftsstellenleiter, die Moderatoren und die Leiter der themenbezogenen Arbeitskreise),
- Beratung von Projektteilnehmern; in gesundheitswissenschaftlichen Fragen gemeinsam mit der wissenschaftlichen Begleitung,
- Informationstransfer : Entwicklung, Redaktion und Distribution eines regelmäßig erscheinenden Infobriefs, geplant ist auch die elektronische Vernetzung,
- Organisation des Transfers der Ergebnisse an nichtteilnehmende Kommunen in NRW.

Die nächsten Schritte

- Aufnahme des Dialoges mit den Geschäftsstellen: Sagen Sie uns, in welchen Bereichen Unterstützungsbedarf besteht
- Planungs- und Grundsatzarbeiten für die kommunikative Vernetzung und die interne und externe Öffentlichkeitsarbeit hierbei z. B.
 - die Veröffentlichung einer Infobroschüre über das Projekt
 - die Herausgabe der ersten Ausgabe des Infobriefes mit einer aktuellen Projektlandkarte zum Stand der Dinge.

2. Die örtliche Geschäftsstelle

Die örtliche Geschäftsstelle beim Gesundheitsamt ist Sekretariats-, Anlauf- und Transferstelle für die Projektumsetzung in der Kommune

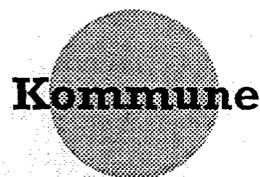
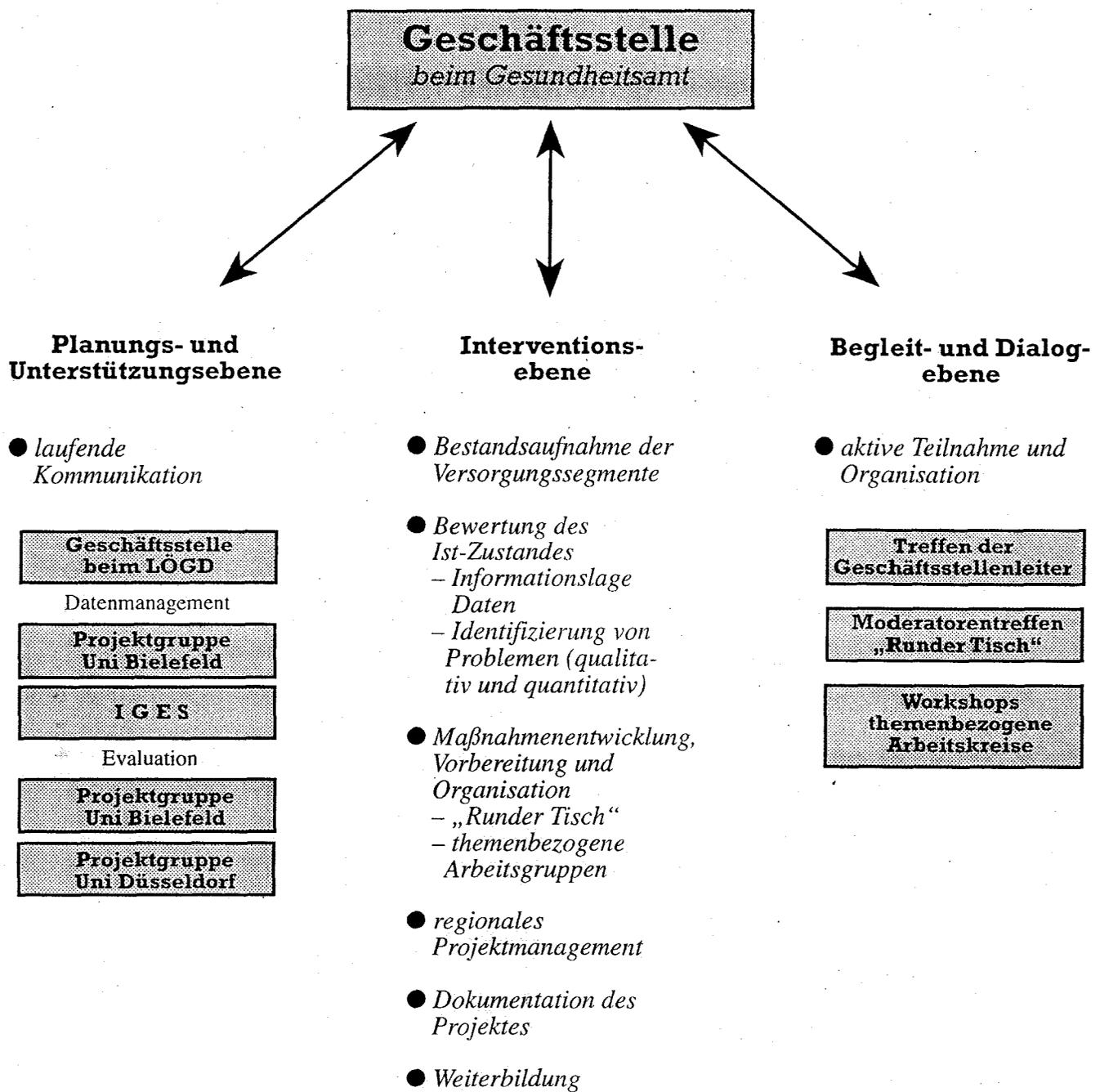
Die Aufgaben

- Bestandsaufnahme der Versorgungssegmente
- Bewertung des Ist-Zustandes
 - Informationslage Daten
 - Identifizierung von Problemen (qualitativ und quantitativ)
- Maßnahmenentwicklung, Vorbereitung und Organisation
 - "Runder Tisch"
 - themenbezogene Arbeitsgruppen
- regionales Projektmanagement
- Kooperation mit den Begleitinstitutionen, Koordination und Informationstransfer

Die nächsten Schritte

- Etablierung der Geschäftsstelle in der kommunalen Verwaltung
- Arbeitsgespräch mit dem Moderator herbeiführen
- Klärungsprozeß über Themenschwerpunkte anstoßen
- Zusammensetzung des "Runden Tisches" vorschlagen
- Sondierungsgespräche führen
- Zeitplanung erarbeiten
- kommunale Ziele definieren
- Zusammensetzung der Arbeitskreise skizzieren
- potentielle Arbeitskreisleiter bestimmen

Die Geschäftsstelle beim Gesundheitsamt: die Aufgaben



Tischvorlage 1. Treffen der Geschäftsstellenleiter am 03.11.1995

Bereitstellung von Daten, Methoden und Verfahren

Die Aufgabe

Die Geschäftsstelle des Projekts bei Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (LÖGD) unterstützt die beteiligten Kommunen bei der Bearbeitung der einzelnen Themen durch die Bereitstellung von Daten, Methoden und Verfahren, die in Form von "Planungshilfen" zusammengestellt sind.

Die Planungshilfen

werden vom Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES, Berlin) für vier Themenfelder ausgearbeitet:

- geriatrische Versorgung,
- psychiatrische Versorgung,
- Krankenhaus/Pflege und
- Gesundheitsförderung.

Eine Planungshilfe enthält Aussagen zu folgenden sechs Komplexen:

- Definition des Themenfeldes bzw. Abgrenzung des betrachteten Versorgungssegments,
- Leistungsanbieter (Angebotsanalyse),
- Versorgungsbevölkerung (direkte Nachfrager),
- Kostenträger (indirekte Nachfrager),
- Inanspruchnahme (versorgte bzw. nicht versorgte Bevölkerung, Stand und Prognose),
- Über-/Unterversorgung (empirisches Modell) und
- mögliche Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung.

Nächste Schritte

Auf der Grundlage bereits geleisteter Vorarbeiten werden bei der Erarbeitung der Planungshilfen folgende Schritte gegangen:

- endgültige Festlegung der von den Kommunen im Rahmen des Projekts bearbeiteten Themenstellungen,
- Zusendung eines Rahmenkonzepts für die jeweils relevante Planungshilfe an die Leiter der themenspezifischen Arbeitskreise in den einzelnen Kommunen,
- Befragung der Kommunen zu den bisher von ihnen verwendeten Daten, Methoden und Verfahren, ggf. in Form eines ersten landesweiten Treffens/Workshops,
- Ausarbeitung der Planungshilfe,
- Abstimmung der Planungshilfe mit den Experten auf der Landesebene und
- Bereitstellung von Daten entsprechend dem empirischen Modell der Planungshilfe.

Ziele und Aufgaben der wissenschaftlichen Evaluation

1. Ziel der Evaluation

Ziel der wissenschaftlichen Begleitung ist die Evaluation des Modellversuchs Ortsnahe Koordinierung. Unter Evaluation wird gemeinhin verstanden: die systematische Verwendung sozialwissenschaftlichen Wissens und sozialwissenschaftlicher Forschungsmethoden zur Bewertung einer Intervention.

Der Schwerpunkt im vorliegenden Projekt ist die Evaluation der Arbeitsweise und Ergebnisse des Runden Tisches, d.h. ob und in welcher Weise der Runde Tisch zu wenigstens einer einvernehmlichen Handlungsempfehlung in einem der gewählten Themenbereiche gekommen ist.

Gegenstand der Evaluation ist nicht die Umsetzung der Handlungsempfehlungen.

2. Art der Evaluation

2.1 Strukturevaluation

- Analyse der Ausgangssituation in der Kommune im Hinblick auf die Gesundheitsorganisation
- Analyse des Teilnehmerkreises des Runden Tisches
- Analyse der durch den Runde Tisch geschaffenen neuen Strukturen

2.2 Prozeßevaluation

- Analyse der Arbeitsweise und Kommunikationsprozesse am Runde Tisch

- Analyse der Verbesserung der Informationsinstrumente im Zeitverlauf

2.3 Evaluation der Handlungsempfehlungen des Runden Tisches

- Wurden einvernehmliche Handlungsempfehlungen beschlossen?
- Analyse der Qualität und Quantität der Handlungsempfehlungen

3. Methoden der Evaluation

- Dokumentenanalyse
- schriftliche Befragung
- teilnehmende Beobachtung
- Auswertung der Sitzungsprotokolle
 - des Runden Tisches
 - der vom Runde Tisch initiierten Arbeitsgruppen in den Kommunen
 - der überregional durchgeführten Arbeitskreise zu gemeinsamen Themenfeldern
- Interviews mit
 - Geschäftsstellenleiter
 - Moderatoren
 - Experten in den Kommunen
- Einzelfallstudien

Aufgaben der Geschäftsstellenleiter für:

- das Modellvorhaben vor Ort
- die wissenschaftliche Begleitforschung

Benennung der Aufgaben:

- Bestandsaufnahme der Versorgungssituation
- Bewertung des Ist-Zustandes
- Runde Tische und Arbeitsgruppen: Vorbereitung, Organisation und Entwicklung
- regionales Projektmanagement
- Koordination und Informationstransfer

ANHANG E: Ergebnisniederschrift Vorbereitender Ausschuß der
Landesgesundheitskonferenz am 14. April 1997.

**Ergebnisniederschrift
Vorbereitender Ausschuß
der Landesgesundheitskonferenz
am 14. April 1997**

Dr. Sandler begrüßte die Teilnehmer der Sitzung. Ergänzungswünsche zur Tagesordnung gab es nicht.

TOP 1 Vorbereitung der 6. Landesgesundheitskonferenz

Das MAGS hatte zur Sitzung eine erste Punktation der Arbeitsgruppe „Standortfaktor Gesundheit“ zur internen Beratung verschickt. Dr. Sandler dankte der Arbeitsgruppe.

Insgesamt ist der Vorbereitende Ausschuß übereinstimmend der Meinung, daß das vorgelegte Papier eine gute Ausgangsbasis für die weiteren Vorbereitungen der LGK ist. Der Arbeitsgruppe wurden ergänzende Hinweise für die weitere Vorarbeit gegeben.

Der Vorbereitende Ausschuß diskutierte anschließend den Termin der Landesgesundheitskonferenz. Dabei bezog der Vorbereitende Ausschuß die Überlegung ein, daß sich unter Umständen im Herbst Handlungsbedarf im Modellbereich ergibt, auch in Anknüpfung an die EntschlieÙung der Landesgesundheitskonferenz von 1995 zu Wettbewerb und neuen Vertragsmodellen. Dies wurde von verschiedener Seite befürwortet. Die Frage einer Landesgesundheitskonferenz, die zu einem späteren Zeitpunkt sowohl dieses Thema als auch den Standortfaktor behandelt, wurde diskutiert. Im Ergebnis soll zum „Standortfaktor“ am Termin vor der Sommerpause festgehalten werden. Die Frage einer zweiten Konferenz bzw. ei-

ner EntschlieÙung im letzten Quartal des Jahres soll weiter verfolgt werden.

Als nächster Termin des Vorbereitenden Ausschusses wurde

Montag, 12. Mai 1997
13.00 - 16.00 Uhr, Saal 1

verabredet.

TOP 2 Ortsnahe Koordinierung

Der Vorbereitende Ausschuß erörterte aus diesem AnlaÙ noch einmal die Frage, in welchem Umfang die Akteure am Runden Tisch verbindliche Festlegungen treffen können. Wenngleich die Wahrnehmung von Sach- und Finanzverantwortung von den Vertretern der Runden Tische für eine reibungslosere Umsetzung der Handlungsempfehlungen wünschenswert wäre, so bleibt doch festzuhalten, daß die entsandten Vertreter satzungsbedingt überwiegend keine ihre Organisationen, Institutionen und Körperschaften auf Landesebene bindenden Vereinbarungen eingehen können. Nach den vom Vorbereitenden Ausschuß verabschiedeten „ergänzenden Verfahrenshinweisen“ besteht somit die Aufgabe der Vertreter insoweit insbesondere in der fachlichen Mitwirkung und in der rechtzeitigen Information der sie entsendenden Einrichtungen.

Der Vorbereitende Ausschuß war sich andererseits einig darüber, daß, wenngleich zum Teil Entscheidungsbefugnisse auf Landesebene liegen, die Arbeit der Runden Tisch dadurch nicht entwertet wird, vielmehr für die Konkretisierung der Bedarfs- und Verfahrensfragen vor Ort unverzichtbar ist.

Die Geschäftsstellenleiter werden die bereits vorliegenden Handlungsempfehlungen bis zum 12. Mai 1997 entsprechend „3.

Verfahren" des o.g. Papiers in die verschiedenen Kategorien einordnen.

Das im Ergebnis einvernehmlich verabschiedete Papier soll als gemeinsame Verständnisplattform des Vorbereitenden Ausschusses, der Geschäftsstellenleiter und der Moderatoren der Runden Tische für die weitere Arbeit dienen.

TOP 3 Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation

Dieser Tagesordnungspunkt, zu dem das MAGS im Vorfeld eine Unterlage verschickt hatte, konnte aus Zeitgründen nicht beraten werden. Es soll Teil der Beratungen zur Modellgestaltung im Herbst 1997 werden.

TOP 4 Verschiedenes

Frau Dr. Weihrauch berichtete zum Sonder-Gesundheitsbericht „Gesundheit von Zuwanderern in Nordrhein-Westfalen“. Das MAGS wird den Bericht vor Publikation den Mitgliedern des Vorbereitenden Ausschusses zur Verfügung stellen. Der Vorbereitende Ausschuß wird dann eine gemeinsame Diskussion zu den Inhalten und denkbaren Konsequenzen aus dem Bericht führen. Bis zur Übersendung des Berichts können noch einige Wochen vergehen.

Frau Dr. Weihrauch berichtete des weiteren, daß die AOK Rheinland zur Kommunalen Gesundheitsberichterstattung im Zusammenhang mit der Ortsnahen Koordinierung eine Liste von vor Ort verfügbaren Daten erarbeitet. Eine Arbeitsgruppe der Ortsnahen Koordinierung wird dann Vorschläge zu gemeinsamen Anliegen nach Themen gliedert erarbeiten. Der Vorbereitende Ausschuß wurde um Unterstützung bei der Umsetzung gebeten. Es wurde klargestellt, daß keine durchgreifenden datenschutzrechtlichen

Probleme zu erwarten sind, da es nur um Ergebnisdaten, nicht jedoch um Einzeldaten gehen kann.

Es wurde verabredet, daß die Ausschreibung „Bürgerorientierung des Gesundheitswesens“, die zunächst nur dem konkret betroffenen Verteilerkreis versandt wurde, nachrichtlich auch dem Vorbereitenden Ausschuß zur Kenntnis gegeben wird. Die Ausschreibung mit dem Verteiler ist dem Protokoll beigelegt.

Auf eine Frage aus dem Vorbereitenden Ausschuß zum Landesprogramm Sucht berichtete Herr Dr. Sandler, daß der Landesfachbeirat Sucht sich mit dem Programm beschäftigt. Eine Materialsammlung liegt dem Landesfachbeirat vor. Überlegungen zur Umsetzung werden gegenwärtig angestellt. Der Vorbereitende Ausschuß wird ggf. noch vor der Sommerpause nähere Informationen und Gelegenheit zur Beteiligung an der Diskussion erhalten. Es ist beabsichtigt, den Entwurf des Landesprogramms im Herbst im Landeskabinett zur Diskussion zu stellen.

Gemeinsame Handlungsempfehlungen
- Erstellung und Umsetzung -
Ergänzende Verfahrenshinweise zu Entscheidungen im
Rahmen des Modellvorhabens *Ortsnahe Koordinierung*
der gesundheitlichen und sozialen Versorgung
14.04.1997

1. Vorbemerkung:

Für den Meinungsbildungsprozeß der Runden Tische und die Arbeit in den themenbezogenen Arbeitsgruppen sind einige Regeln zu beachten, die in der Verabschiedung einen breiten Konsens finden und wobei andererseits die Chancen der Realisierung realistisch eingeschätzt werden.

- Die gemeinsamen Handlungsempfehlungen orientieren sich am lokalen Bedarf im Rahmen der gesundheitlichen und sozialen Versorgung; zentrale Empfehlungen haben lediglich Orientierungscharakter.
- Das Verfahren zur Erstellung der gemeinsamen einvernehmlichen Handlungsempfehlungen (Einvernehmlichkeit = keine Gegenstimme, Enthaltungen möglich) folgt dem Gebot der Transparenz und der Nachvollziehbarkeit des Entscheidungsgangs. Wichtig ist, daß die einzelnen Entscheidungsschritte und die Voten schriftlich dokumentiert werden.
- Die gemeinsamen Handlungsempfehlungen dokumentieren die Breite des Konsenses und beschreiben die Zuständigkeiten für die Problemlösung. Umsetzungshinweise und -empfehlungen können gegeben werden.
- Die an den Beratungen der lokalen Runden Tische Beteiligten verpflichten sich, die sie entsendenden Organisationen über den Auswahlprozeß, den Beratungsstand und die gemeinsamen Handlungsempfehlungen frühzeitig zu informieren. Sie übermitteln den Runden Tischen rechtzeitig Anregungen und Hinweise.

Da die Umsetzungswahrscheinlichkeit gemeinsamer Handlungsempfehlungen an Voraussetzungen gebunden ist, ist es ratsam, beim Zustandekommen solcher Handlungsempfehlungen folgende Kriterien zu beachten:

2. Kriterien

Folgende Kriterien sind anzulegen:

- Übereinstimmung aller Vorschläge/gemeinsamer Handlungsempfehlungen mit den SGB V-Kriterien (§ 12 SGB V: Ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich, notwendig), soweit es um Regelleistungen der GKV oder um Modellprojekte geht.
- Übereinstimmung mit der Rechtslage und der Aufgaben- und Finanzierungszuständigkeit (unterschiedliche Finanzierungsträger; Prüfung der Möglichkeit von Mischfinanzierung).

- Relevanz der lokalen Initiativen mit Umsetzungsbedarf auf Landesebene im Licht des landesweiten Problemhaushaltens.
- Alternativabwägung bei Lösungsmöglichkeiten für das auf lokaler Ebene identifizierte Problem.
- Wirksamkeit der vorgeschlagenen Problemlösung angesichts der relativen Problemschwere.
- Stimmigkeit einzelner Initiativen gleicher Kategorie auf Landesebene, die in einem regionalen oder sachlichen Verhältnis zueinander stehen (Synergieeffekte, negative Interferenzen).
- Priorisierung der Vorhaben angesichts vorhandener finanzieller Ressourcen und des jeweils gegebenen relativen Problemdrucks.
- Prüfung der Systemgerechtigkeit bzw. gesundheitspolitischen Verträglichkeit einzelner Initiativen (landesweiter Konsens).

3. Verfahren

A. Verfahren bei bereits vorliegenden gemeinsamen Handlungsempfehlungen

Die Moderatoren prüfen mit Hilfe der Geschäftsstellenleiter noch einmal den Konsensgrad der vorliegenden Handlungsempfehlungen und differenzieren insofern nach „konsentiert“ und „mehrheitlich“ angenommen. Diejenigen Handlungsempfehlungen, die nicht auf einer breiten Mehrheit der am Runden Tisch Eingeladenen basieren, sind noch einmal zur Diskussion zu stellen.

Die vorliegenden Handlungsempfehlungen sind nach unterschiedlichen Ausprägungen zu sortieren (s.u.).

Nach Abschluß dieser Klassifikation der Handlungsempfehlungen bezüglich des Konsensniveaus und der Typisierung der Handlungsempfehlungen informieren die Runden Tische den Vorbereitenden Ausschuß bis Mai über das Ergebnis (Sachstandsbericht über die bereits verabschiedeten gemeinsamen Handlungsempfehlungen).

Für gegebenenfalls aufkommende Nachfragen stehen die Institutionen auf Landesebene zur Verfügung.

B. Verfahren für weitere Handlungsempfehlungen

Für weitere Handlungsempfehlungen gelten die unter 1. aufgeführten Regeln ebenso wie die Kriterien und Verfahrensvorschläge. Neben dem kontinuierlichen Informationsprozeß zu den entscheidenden Institutionen auf Landesebene ist es ratsam, zwei- bis dreimal jährlich einen Sachstandsbericht über neue

Initiativen zu erstellen. Diese Sachstandsberichte sind auch dem Vorbereitenden Ausschuß der Landesgesundheitskonferenz zur Verfügung zu stellen.

Die alten und gegebenenfalls neuen Handlungsempfehlungen sind nach folgenden Typen zu sortieren:

1. Handlungsempfehlungen,

- a) die ausschließlich die kommunale bzw. örtliche Zuständigkeit betreffen (also auch aus kommunalen Haushaltsmitteln zu finanzieren sind)
- b) die in der sozialen und gesundheitlichen Versorgung die Transparenz erhöhen und die die Effizienz steigern.

Bei diesen Handlungsempfehlungen ist in kommunaler bzw. örtlicher Verantwortung die Umsetzung zu prüfen.

2. Handlungsempfehlungen, die die Vertragskompetenz der Landesebene berühren und

- a) Modifikationen oder Konkretisierungen im Rahmen bereits geltender Verträge auf Landesebene darstellen (z.B. Pflegeüberleitung, Veränderung der Notfalldienstabsprachen auf lokaler Ebene) oder
- b) deren Umsetzung auf Landesebene durch die Vertragspartner zu entscheiden ist (gegebenenfalls Modellvorhaben).

Bei a) ist in der Regel lediglich die formale Zustimmung der auf Landesebene Verantwortung tragenden Körperschaften und Institutionen erforderlich. Bei b) sind die Institutionen formal anzuschreiben und um offizielle Prüfung zu bitten.

3. Gesundheitspolitisch relevante Handlungsempfehlungen

beziehen sich gemeinsame Handlungsempfehlungen der Runden Tische auf gesundheitspolitisch relevante Themen, die wegen des Innovationsgrades oder der grundsätzlichen Bedeutung nicht allein durch Verträge geregelt werden können (z.B. strukturelle Weiterentwicklung), so sind diese dem Vorbereitenden Ausschuß vorzuschlagen. Der Vorbereitende Ausschuß prüft, ob die ihnen vorgestellten Themen sich für den Vorbereitenden Ausschuß oder eine Landesgesundheitskonferenz eignen, um einen breiten landesweiten Konsens zu erreichen.

ANHANG F: Indikatorensetz der Gesundheitsministerkonferenz der Länder –
Auswahl der auf Kreisebene in NRW verfügbaren Indikatoren
(Stand Mai 2000)

Tabelle F: Indikatorensatz der Gesundheitsministerkonferenz der Länder – Auswahl der auf Kreisebene in NRW verfügbaren Indikatoren (Stand Mai 2000)

Indikator	Beschreibung	Basis-Jahr
Themenfeld 1: Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen (entfällt)		
Themenfeld 2: Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen		
02_01_98	Demographische Basistabelle, Geschl., Kreise, NRW	1990
02_01a98	Bevölkerung, Geschlecht, Kreise	1997
02_02_95	Bevölkerungsprognose, Kreise, NRW, 1996-2015	1990
02_03_98	Altersstrukturmerkmale, Geschlecht, Kreise, NRW	1990
02_06_98	Lebendgeborene je 1000 Frauen, Kreise, NRW, Trend, 1998-1998	1992
02_08_97	Hilfe zum Lebensunterhalt u. Leistungen f. Asylbewerber, Geschl., Kreise	1991
02_09_99	Arbeitslose, Geschl., Kreise, NRW, 30.09.1999	1991
02_12_97	Rentenzugänge, -bestand wegen Erwerbsunfähigkeit, Kreise, NRW	1991
02_13_97	Wohngeldempfänger, Kreise, NRW, Trend 1995-1997	1990
02_14_98	Wohnfläche pro Person, Kreise, NRW, Trend 1990-1998	1992
02_15_98	Wanderungen (Zu-, Fortzüge) Kreise, NRW	1990
02_18_98	Ausländische Bevölkerung (Stichtag, mittlere Bev.), Geschlecht, Kreise	1992
02_19_96	Verfügbares Einkommen der priv. Haushalte, Kreise, NRW	1988
Themenfeld 3: Gesundheitszustand der Bevölkerung		
03_03_97	Sterbefälle, standard., Geschl., Kreise, NRW, Mittelwert 1995-1997	1992
03_03a97	Sterbefälle, standard., Geschlecht, Kreise, NRW	1990
03_05_98	Säuglingssterblichkeit in %, Kreise, NRW, Trend 1988-98, gleitendes	1993
03_05a98	Säuglingssterblichkeit, Kreise, NRW	1988
03_05b93	Säuglingssterblichkeit, Kreise, NRW, Trend 1991-1993	1990
03_07a98	Lebenserwartung, Geschlecht, NRW, Kreise, Mittelwert 1996-1998	1989
03_10_97	Ausgewählte Todesursachen, standard., Geschlecht, Kreise, NRW, Mittelwert 1995-1997	1993
03_13_97	Vermeidbare Sterbefälle, Alter, Kreise, NRW, Mittelwert 1993-1997	1993
03_15_98	Neuerkrankungen an TBC, Kreise, NRW, Trend 1996-1998	1989
03_15a97	Neuerkrankungen an TBC, Kreise, NRW	1990
03_32_97	Krankenhausf., Verbrenn. (940-949), Vergift. (960-989), <15 J., Geschlecht, Kreise, NRW	1991
03_35_98	Verunglückte Radfahrer, Fußgänger, Kreise, NRW, Trend 1996-1998	1991
03_39_98	Untergewichtig Lebendgeborene, Kreise, NRW	1991
03_39a98	Untergewichtig Lebendgeborene nach Geburtsgewicht, Kreise, NRW	1991
03_41_97	Schwerbehinderte, Grad 50 u. mehr, <15 J. Geschlecht, Kreise, NRW	1991
03_42_97	Schwerbehinderte, Grad 50 u. mehr, >65 J. Geschlecht, Kreise, NRW	1991
03_46_97	Schwerbehinderte, Grad 50 u. mehr, Geschlecht, Kreise, NRW	1991
Themenfeld 4: Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen		
04_03_98	Früherkennungsuntersuchungen Schulanfänger U3-U9, NRW, Kreise	1994
04_07_98	Geimpfte Schulanfänger (BCG, Masern, Mumps, Röteln), NRW, Kreise	1994
04_08_98	Geimpfte Schulanfänger (Polio, Tetanus, Diphtherie), NRW, Kreise	1994
Themenfeld 5: Gesundheitsrisiken aus der natürlichen und technischen Umwelt		
05_07_98	Stickstoff-, Schwefeldioxid, Schwebstaub, Ozon i. d. Außenluft, NRW, Kreise, Meßstat.	1991
05_09_97	Benzol u. and. Kohlenwasserstoffe i. d. Außenluft, NRW, Kreise	1997
05_10_97	Kfz-Dieselauf-Emissionen, NRW, Kreise	1994
Themenfeld 6: Einrichtungen des Gesundheitswesens		
06_01_98	Kassenärzte, Kreise, NRW	1991
06_02_98	Versorgungsgrad Kassenärzte, Kreise, NRW	1994
06_06_97	Rettungsmittel, Kreise, NRW	1990
06_07_96	Heilpraktiker, Kreise, NRW, Trend 1994-1996	1991
06_08_98	Psychotherapeuten (nur Ärzte) Kreise, NRW	1994
06_09_96	Physikalische Therapie, Kreise	1991
06_10_95	Gesundheitshandwerk, Kreise, NRW, 31.03.1995	1992
06_12_97	Krankenhausversorgung, Kreise, NRW	1994
06_16_94	Sozialstationen nach Trägern, Kreise, NRW	1994
06_17_97	Alten- und Pflegeheime, Kreise, NRW, Mai 1997	1988
06_19_96	Personal und Gesundheitsämter, Kreise, NRW, 31.12.1996	1990
06_21_98	Apotheken, Kreise NRW, Trend 1997, 1998	1991
06_31_97	Kassenzahnärzte, Kreise, NRW	1995
Themenfeld 7: Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens		
07_01a95	Selbsthilfegruppen, Nordrhein, Kreise	1995
07_05_97	Untersuchungen von Schulanfängern und Schülern, Kreise, NRW	1993
07_08_97	Karies-Prophylaxe bei Kindern, Anzahl untersuchter Kinder, Kreise, NRW	1993
07_08a97	Karies-Prophylaxe bei Kindern, Gebisszustand in %, Kreise, NRW	1993
07_10_97	Karies-Prophylaxemaßnahmen bei Kindern, Nordrhein, 23 Kreise, 1996/97	1994
07_18a97	Globale Indikatoren stationärer Krankenhausversorgung (Personal), Kreise, NRW	1994
07_24_91	Hilfe- und Pflegebedürftige nach Altersgruppen, Kreise	1991
Themenfeld 8: Beschäftigte im Gesundheitswesen		
08_05_96	Ärztinnen und Ärzte (einschließlich Zahnärzte) nach Berufsgruppen, Kreise, NRW	1994
08_08a96	Krankenpflegeberufe, Kreise	1994
Themenfeld 9: Ausbildung im Gesundheitswesen (entfällt)		
Themenfeld 10: Ausgaben und Finanzierung (entfällt)		
Themenfeld 11: Kosten (entfällt)		