

Waldemar Streich

Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitskonferenz

Chancen einer staatlichen Regiefunktion im lokalen Gesundheitswesen

Mit der Einführung globaler Budgets hat für das Gesundheitswesen eine neue Phase der Entwicklung begonnen. Geringe Wachstumsraten bzw. real stagnierende bis sinkende Budgets lassen eine Verschärfung der Verteilungskonflikte unter den verschiedenen Leistungserbringern erwarten. In dieser Situation werden zwei, aus den Kostendämpfungs-bemühungen vergangener Jahre vertraute Strategien erneut diskutiert. Die eine setzt auf eine Budgetentlastung durch weitere Leistungsausgrenzungen. Nach dem Prinzip, wer A sagt muß auch B sagen, fordern Vertreter der ärztlichen Standesorganisationen entsprechende Entscheidungen des Gesetzgebers über den Katalog krankensicherungsfinanzierter Leistungen.

Solche Forderungen stoßen anderenorts weitgehend auf Ablehnung. Die strategische Alternative ihrer Gegner setzt auf die Träger der Selbstverwaltung. Sie sollen Mittel und Wege zur Ausschöpfung von Rationalisierungsreserven im Gesundheitswesen finden. Dazu wird vor allem das Instrument einer dezentralen Koordination und Kooperation in der Versorgung favorisiert. Die positiven Bedingungen einer – gegenüber der Zentralsteuerung – geringeren Komplexität der Sachprobleme »vor Ort« sowie unmittelbar sichtbarer Wirkungen von Entscheidungen sollen dem Prinzip einer »praktischen Vernunft« die notwendige Durchsetzungskraft verleihen.

Nun sind Konzepte einer regionalen Koordination der gesundheitlichen Versorgung nicht neu (vgl. Narr/Schräder 1977). Ihre Umsetzung ist bisher allerdings in Ansätzen, z.B. der Krankenhausplanung stecken geblieben. Rege Aktivitäten mit lokaler Orientierung können jedoch in Randbereichen des Gesundheitswesens festgestellt werden. Seit Jahren hat die Gemeinde in den von der WHO-Programmatik inspirierten Konzepten einer Gesundheitsförderung ihren festen Platz. Neben der Kooperation der lokalen Akteure im Sinne einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik ist die unmittelbare Beteiligung der Bürger, speziell unter

dem Gesichtspunkt einer Mobilisierung vorhandener Selbsthilfe-Potentiale, das erklärte Ziel dieser Projekte (Trojan/Hildebrandt 1991).

Wie die Beiträge von Brandenburg/Nowak und Müller in diesem Band zeigen, bemüht sich der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) um eine »Regiefunktion« (v. Ferber) in dem genannten Feld. Zu diesem Zweck angeführte Gründe – sozialstaatliche Verantwortung, demokratische Legitimation des Verwaltungshandelns, Konkurrenz bzw. Interessengebundenheit der übrigen Akteure – sind grundsätzlich geeignet, den Regiefunktions-Anspruch zu verallgemeinern. In verschiedenen Veröffentlichungen bleiben die Grenzen zwischen Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung dann auch weitgehend verwischt, so daß ein genereller Regieanspruch des ÖGD und eine umfassende Partizipation der Bürger an allen Planungsprozessen im Gesundheitswesen als mehr oder weniger explizit gewollt erscheinen (vgl. Pfaff 1994, Brandenburg/v. Ferber/Nowak 1994). Das Gesundheitsministerium des Landes NRW fördert seit Jahresbeginn 1996 ein Modellprogramm mit dem Titel »Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung«, das die Absicht einer praktischen Umsetzung dieser erweiterten Ansprüche suggeriert. In knapp 30 Städten und Kreisen ist die Einrichtung eines Runden Tisches im Gesundheitswesen geplant, dessen Geschäftsführung den Gesundheitsämtern übertragen worden ist (o.V. 1995).

Gründe für eine skeptische Beurteilung der Erfolgsaussichten lokaler Regiefunktionen des ÖGD gibt es mehr als genug. Die Ableitung von Kompetenzansprüchen aus der Verfassung und anderen gesetzlichen Grundlagen ist – konfrontiert mit der realen Situation des ÖGD – in der Vergangenheit teilweise als Farce bezeichnet worden (Schmacke 1987, S.128, vgl. auch Labisch 1991, S.99ff). Die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung haben, wie Müller ausführt, bisher wenig Neigung erkennen lassen, eine Regiefunktion des ÖGD zu akzeptieren. In den ihrerseits geplanten Modellversuchen zur Erprobung integrativ ausgerichteter Versorgungsformen kommt der ÖGD nicht vor (s. z.B. Schönbach 1996). Vor diesem Hintergrund soll in den folgenden Ausführungen der Versuch unternommen werden, die Möglichkeiten des ÖGD in der aktuellen Situation noch einmal auszuloten.

Steuerung durch Information

Der Begriff »Regie« ist in der Diskussion über Reformperspektiven des ÖGD vor allem unter dem Gesichtspunkt einer internen Neuorientierung eingeführt worden. Aus der Not eines mit dem Argument der

Subsidiarität fortschreitenden Entzugs von Aufgaben wird eine Tugend gemacht. Insbesondere das Feld der praktischen Ausführung bisher noch in ÖGD-Kompetenz verbliebener präventiv-medizinischer Tätigkeiten wird der ambulanten Medizin überlassen und soll zukünftig nur noch beobachtet, analysiert und gesteuert werden (v. Ferber 1990).

Die Form der Steuerung ist damit nur angedeutet. Offensichtlich ist jedoch die Absicht, mit der Wahl eines unbestimmten Begriffs ablehnenden Reaktionen vorzubeugen. Der Regisseur unterscheidet sich vom Dirigenten zwar nur darin, daß er in einem anderen künstlerischen Metier tätig ist, Assoziationen des Regiebegriffs mit staatlichem Dirigismus liegen dennoch ganz bestimmt nicht in der Intention seines »Erfinders«.

Das klassische Instrumentarium der Durchführung staatlicher Beobachtungs- und Kontrollaufgaben ist hoheitlich geprägt. Auf gesetzlicher Grundlage werden die zu beobachtenden Personen und Einrichtungen zu Auskünften in der Form regelmäßiger Meldungen verpflichtet und vor Ort inspiziert. Bei Bedarf handelt die zuständige Behörde durch Anordnung, Erteilung von Auflagen bzw. Sanktion normwidrigen Verhaltens, d.h. auf dem Wege direkter Intervention. Diese Form klingt immer noch an, wenn die Tätigkeit eines neuen Typs von »Gesundheitsfachbeamten« beschrieben wird, der weitgehend selbständig analysiert und praktische Schlußfolgerungen zieht (v. Ferber 1990, S. 119). Hier sehen Vertreter des ÖGD auch einen Ansatzpunkt, die Ausführung präventiv-medizinischer (Untersuchungs-) Tätigkeiten weiterhin zu legitimieren (Schmacke 1995).

Bei näherer Betrachtung erweist sich dieses Instrumentarium als historisch überholt. Der ÖGD nimmt nicht nur hinsichtlich seiner Kapazitäten und Leistungen, sondern auch hinsichtlich seiner Verfügung über steuerungsrelevante Informationen eine Randstellung ein. Das Gros der Informationen, insbesondere über das Leistungsgeschehen in der Gesundheitsversorgung entsteht heute quasi »endogen« durch Nutzung moderner Datenverarbeitungstechnik als ein Begleitprodukt in der Versorgung (Borgers 1991). Gesonderte Informationsproduktion und -weitergabe, wie bspw. in Versuchen zur Organisation eines Systems von sogenannten Meldepraxen bildet im Vergleich dazu eine Ausnahme (vgl. Ertler et al. 1981, BAGS 1991).

Für die praktische Umsetzung der Regie ergibt sich daher aus Sicht des ÖGD die vordergründig paradoxe Situation, daß die hierfür nutzbaren Informationsbestände extern, vor allem bei den Krankenkassen existieren. Und auch der aus praktischer Arbeit resultierende Sachverstand konzentriert sich extern bei den Trägern der ambulanten und stationären Versorgung. Beobachtung kann unter dieser Voraussetzung nur in einer

intelligenten Nutzung der genannten Ressourcen erfolgen. Der Aufbau neuer Primärdatenbanken und größerer Mitarbeiterstäbe ist keine praktikable Lösung. Sie scheitert nicht zuletzt an der restriktiven Haushaltslage der Kommunen. Wenn in anderen Bereichen der öffentlichen Verwaltung über Verschlanungsstrategien nachgedacht wird, müssen entgegengesetzte Strategien für den ÖGD unrealistisch erscheinen.

Die Regie muß sich schließlich mangels unmittelbarer Eingriffsmöglichkeiten auf eine indirekte Beeinflussung der Leistungserbringer beschränken. Unter der Voraussetzung eines allgemeinen Interesses aller Beteiligten an der Optimierung der Versorgung besteht sie in der Organisation steuerungsrelevanten Wissens, das die Leistungserbringer zu freiwilligen Korrekturen ihrer Versorgungsstrategien benutzen.

Ein Modellversuch zur »intelligenten« Produktion von Gesundheitsberichten

Dies war der Ausgangspunkt eines in den Jahren 1992-1995 durchgeführten Modellversuchs mit dem Ziel, Methoden und Verfahrensweisen für eine kontinuierliche Gesundheitsberichterstattung durch kommunale und regionale (Landes-) Gesundheitsämter zu entwickeln und zu erproben. Das Projekt wurde an der Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften im NRW-Forschungsverbund Public Health bearbeitet (Streich/Wagner 1992). Vier kommunale Gesundheitsämter in Nordrhein-Westfalen und das Landesgesundheitsamt Brandenburg wurden bei der Ausarbeitung von Pilot-Gesundheitsberichten unterstützt. Die Realisierung einer Gesundheitsberichterstattung in NRW auf Landesebene (MAGS 1991, 1995) machte es möglich, die Kernelemente eines bereits praktisch erprobten Berichtskonzepts in modifizierter Form zu übernehmen. Sie sollen hier ohne ausführliche Begründung genannt werden (vgl. Borgers/Streich 1994):

- Abgrenzung der Berichterstattung von Statistik- und Programmentwicklung
- Gewährleistung von Kompetenz und Bearbeitungskapazität durch Beteiligung externer Fachleute
- Organisation der Berichtsproduktion durch eine geschäftsführende Stelle im Gesundheitsamt
- Kontinuität der Berichtsproduktion durch eine mittelfristige Themenplanung

Zur Anpassung der Entwicklungsanforderungen an die Bearbeitungskapazität in den beteiligten Ämtern und den Zeithorizont des Projektes wurde der komplexe Berichtsgegenstand »Gesundheit/Morbidität und

Gesundheitswesen« in kleinere Einheiten zerlegt (s. Abb.). Eine sequentielle Bearbeitung der in Spalte 2 beispielhaft aufgelisteten Themen sollte zu separaten Veröffentlichungen und einem sich sukzessive vervollständigenden Bild der lokalen Situation führen.

Entwurf einer Typologie von Berichtsthemen

Themengruppe	Beispiele	Gegenstand	typische Indikatoren	(primäre) politische Zuordnung
gesundheitliche Lage von Bevölkerungsgruppen	–Kinder –Alte –Ausländer –Menschen in sozialer Notlage	Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit	Mortalität (ausgewählte) Morbidität; soziale Lage	Sozial- und Gesundheitspolitik
Lebensbedingungen, Lebensweise und gesundheitliche Risiken	–Ernährung –Wohnen/Verkehr –Arbeit –zwischenmenschliche Beziehungen	Einfluß spezif. Risikofaktoren auf die Gesundheit und Möglichkeiten (unspezifischer) Prävention und Gesundheitserziehung	Parameter zur Beschreibung der relevanten Rahmenbeding. (Verhältnisse) und Verhaltensweisen	entsprechende Fachressorts (s. Sp. 2)
Prävention, Versorgung und Rehabilitation ausgewählter Krankheiten	–Diabetes –AIDS –Rheuma –Sucht-krankheiten	Beschreibung der gesundheitlichen Handlungsmöglichkeiten für spezifische Krankheitsarten (vorrangig Krankheitsgruppen)	Inzidenz, Prävalenz; Effizienz und Effektivität von Behandlungsformen	Selbstverwaltungen der Träger des Gesundheitswesens
Organisations- und andere übergreifende Probleme der Gesundheits-sicherung	–Ausbildung –Selbsthilfe-förderung	Rahmenbedingungen der Leistungserbringung und Weiterentwicklung des Gesundheitswesens	Kapazitäten Ressourceneinsatz Leistungsparameter	Selbstverwaltungen der Träger des Gesundheitswesens

Die einzelnen Arbeitsschritte bzw. Entwicklungsetappen der Berichtsproduktion in den ausgewählten Modellgesundheitsämtern wurden individuell nach Bedarf beraten und phasenweise durch unmittelbare Zusammenarbeit unterstützt:

Themenwahl: Die fachliche Beratung begleitete die Auswahl von drei Berichtsthemen für ein zunächst auf zwei Jahre ausgerichtetes Produktionsprogramm. Eine allgemein verbindliche Rangfolge der einzelnen

Themen, die sich als Bearbeitungsreihenfolge hätte niederschlagen können, wurde nicht formuliert. Deshalb blieb die Wahlentscheidung den Ämtern weitgehend freigestellt. Ziel der Beratung war die Hinführung der Ämter zu einer mittelfristigen Bearbeitung auch solcher Themen, die nicht unmittelbar auf amtseigene Aktivitäten ausgerichtet waren. Darüberhinaus wurde im Sinne einer ämterübergreifenden Steuerung der Versuch unternommen, eine Parallelbearbeitung von Themen zu vermeiden.

Konzeption der einzelnen Berichte: Eine Standardisierung des Aufbaus aller Berichte (vgl. StBA 1995) wurde als sachlich inadäquat verworfen. Jedes einzelne Berichtsvorhaben bedurfte der fachlichen Diskussion und präzisen Bestimmung des Objekts. Ziel der Beratung war die Strukturierung und Festlegung der zu behandelnden bzw. der im Sinne einer Pilotfunktion der Berichte als noch nicht behandelbar auszuweisenden Aspekte.

Bearbeitungsplanung: Die zuvor ausgeführte Entscheidung richtete sich nach der Verfügung über in- und externe Bearbeitungskapazität. Die Kooperation mit externen Experten wurde aufgrund ihrer herausgehobenen Bedeutung für die Ausbildung organisatorischer Kompetenz bei den für die Berichterstattung verantwortlichen Mitarbeitern der Gesundheitsämter mit Nachdruck gefördert.

Organisation und Durchführung: Die Ausarbeitung von Berichtsteilen schloß in allen Fällen kleinere empirische Erhebungen und Recherchen ein. Das Methodenspektrum umfaßte:

- qualitative Interviews (Experteninterviews),
- schriftliche Befragungen (Zusatzerhebungen im Rahmen von Reihenuntersuchungen und Einrichtungsbefragungen) und die Konzeption sekundärstatistischer Analysen (Sonderauswertung von Krankenkassen-Daten)

Neben fachlich-methodischen Hilfestellungen bei der Entwicklung von Instrumenten und Auswertungskonzepten war die Aufwandskalkulation und Planung der Aktivitäten insofern ein wichtiger Beratungsgegenstand, als sie sich den engen Zeithorizonten des jeweiligen Berichtsvorhabens zwingend unterordnen mußten.

Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, daß am Ende eines solchen Produktionsprozesses auch redaktionelle und technische Arbeiten unterstützt wurden.

Erfolg und Risiko individuellen Fleißes

Die Anforderungen an die Gesundheitsämter hinsichtlich der Bereitstellung von personeller Bearbeitungskapazität und Ressourcen waren sehr gering gehalten worden: Ein Mitarbeiter sollte für die geplante Arbeit zur Verfügung stehen, eine besondere technische, über die allgemeinen Bürofunktionen hinausgehende Ausstattung war nicht gefordert.

Mit den geringen Anforderungen verband sich die Erwartung einer spezifischen Ausrichtung der Arbeit im Sinne der konzipierten Geschäftsstellen-Funktion. Die Produktion eines Gesundheitsberichts mit vielen verschiedenen Experten als Co-Autoren sollte kommunikative und organisatorische Tätigkeiten in den Vordergrund rücken, z.B.: Kontakte herstellen, Konzepte erklären, Vorschläge diskutieren, Abläufe planen, Absprachen treffen und kontrollieren usw. – oder allgemeiner formuliert: telefonieren, diskutieren, korrespondieren, organisieren. Eine Mischung aus mangelnder persönlicher Erfahrung und Zweifeln an der amtsinternen bzw. externen Akzeptanz und Unterstützung eines solchen Tätigkeitsprofils veranlaßte die meisten Berichterstattungs-Geschäftsführer, den Erfolg der Erstlingsproduktion primär durch Eigenleistung sicherzustellen. Die Übernahme einer Autorenfunktion hatte nun einerseits den intendierten Effekt, daß in allen Modellgesundheitsämtern erste Berichte abgeschlossen und veröffentlicht wurden. Andererseits ließen die Berichte eine weitgehende Beschränkung ihrer Themen auf den Aufgabenkontext der Gesundheitsämter (Kinder, Psychiatrie, Sucht) und die Kompetenz des einzelnen Autors erkennen.

Als weitaus gravierender stellte sich die Einsicht bei allen Beteiligten heraus, daß solche »Alleingänge« nicht wiederholbar waren und daß damit die Umschaltung der Tätigkeit auf Organisationsaufgaben notwendig blieb. Die Vorlage der ersten Berichte erwies sich in diesem Zusammenhang als tendenziell kontraproduktiv, weil sie im Umfeld eher Weiter-so-Reaktionen oder bestenfalls die amtsinterne Suche nach einem neuen Einzelautor für das nächste Berichtsthema auslöste. In allen Modellgesundheitsämtern führte dies nach Abschluß der ersten Berichte zu deutlichen Produktivitätseinbrüchen. Die ursprüngliche Planung von insgesamt drei Berichten in zwei Jahren wurde so außer Kraft gesetzt. Teilweise konnten noch Arbeiten für einen zweiten Bericht begonnen bzw. beendet werden. Personelle Umbesetzungen und die Zuweisung weiterer Aufgaben haben die Entwicklungsarbeit in einzelnen Fällen zusätzlich behindert.

Das Projekt hat also nicht den gewünschten Erfolg gehabt. Der Testfall für eine Akzeptanz von ÖGD-Regiefunktionen konnte nicht in vollem

Umfang durchgespielt werden. Die kooperierenden Mitarbeiter des Projekts in den Gesundheitsämtern sind der Gefahr eines Scheiterns durch Ausweichen auf individuelle Fleißarbeit begegnet. Die Möglichkeiten, dies zu verhindern, waren in einem auf ideelle Förderung und punktuelle Zuarbeit beschränkten Projekt recht gering. Wirksame Steuerungsinstrumente (Ressourcen, vertragliche Vereinbarungen) standen nicht zur Verfügung. Die Kooperation basierte auf dem Prinzip der Freiwilligkeit und ließ lediglich das Mittel der Überzeugung und positiven Motivation zu.

Interne Modernisierungserfordernisse einer Gesundheitsberichterstattungs-Funktion des ÖGD

In einer optimistischen Interpretation des Fallbeispiels ist der Anspruch einer ÖGD-Regiefunktion noch nicht definitiv gescheitert. Dies gilt speziell unter der Annahme, daß eine mangelhafte interne Akzeptanz und Unterstützung das Haupthindernis für die Ausbildung des auf Organisationsaufgaben konzentrierten Tätigkeitsprofils war.

Welche Herausforderungen mit einer Berichterstattungs-Geschäftsführung in einem durchschnittlichen Gesundheitsamt immer noch verbunden sind, mag die Kontrastierung mit einer typischen medizinischen Routine (Reihenuntersuchung) verdeutlichen. Auf der einen Seite steht der Ablauf einer weitgehend standardisierten Diagnostik, der sich die jeweils zu untersuchende Person aufgrund gesetzlicher Vorschriften aussetzen muß und deren Ergebnis mehr oder weniger unmittelbar vorliegt. Auf der anderen Seite steht eine in ihrer zuvor bereits vorgenommenen Charakterisierung eher abstrakt erscheinende Tätigkeit, deren Ergebnis davon abhängt, mit welchem Erfolg Personen als Kooperationspartner zu freiwilligen Beiträgen für ein mittel- bis längerfristig angelegtes Berichtsvorhaben motiviert und angeleitet werden.

Idealtypische Gegenüberstellung von Tätigkeitsmerkmalen

	Traditionelle Reihenuntersuchung	Organisation Gesundheits- berichterstattung
Tätigkeitsinhalt	»konkret«: Handlung an Personen	»abstrakt«: Ideenproduktion, Kommunikation
Reglementierungsgrad	hoch	gering
Kooperationsbasis/ Außenlegitimation	gesetzliche Pflichten, Sanktionspotential	Akzeptanz per Nutzenbeteiligung
Zeithorizont bzgl. Ergebnisproduktion	eng	weit
Planungsbedarf	gering	hoch

Es soll an dieser Stelle nicht behauptet werden, die Gesundheitsämter wären noch voll und ganz auf den traditionellen Tätigkeitstyp fixiert. Dennoch wird es immer noch zahlreiche Mitarbeiter im ÖGD geben, für die der Inhalt der rechten Spalte keine »richtige« Arbeit und eher unattraktive Rahmenbedingungen erkennen läßt. Die bei Brandenburg/Nowak und Müller angedeutete interne Isolation der Gesundheitsförderung in den Ämtern ist nur ein Indiz für die vorhandene Distanz. Das Problem ist nicht allein die Patienten- bzw. Klientenorientierung von Medizinern, die in der Durchführung von Untersuchungen ein unverzichtbares Element zur Aneignung praxisrelevanter Wissens sehen (Schmacke 1995). Auch in anderen Berufsgruppen besteht teilweise eine Fixierung auf quasi handwerkliche Tätigkeiten in der Form von Arbeit im Labor bzw. am Computer.

Neue Orientierungen können hier nur schrittweise an Terrain gewinnen. Ein wichtiges Element sind in diesem Kontext entsprechende Qualifikationen des ÖGD-Personals. Die Entwicklung von Studiengängen unter den Bezeichnungen Gesundheitswissenschaft – Öffentliche Gesundheit / Public Health kommt diesen Erfordernissen entgegen. Eine Veränderung der Personalstruktur im Rahmen vorhandener Möglichkeiten ist darüberhinaus wohl unverzichtbar. Die Bedarfsanalyse eines für den ÖGD in NRW erstellten Gutachtens geht von recht ehrgeizigen Zielen aus (s. Rosenbrock/Noack/Moers 1993, S. 79ff). Die bescheidenen Ergebnisse der bis in die frühen achtziger Jahre zurückreichenden Diskussion und Entwicklungsarbeit zur kommunalen Gesundheitsberichterstattung (Schräder et al. 1986) geben bisher leider nur wenig Anreiz, diese Ziele konsequent zu verfolgen.

Akzeptanzbedingungen der ÖGD-Regiefunktion

Fachlich fundierte Gesundheitsberichte sind als eine notwendige Bedingung, keineswegs aber als Garantie für Konsensbildung, Kooperation und die Akzeptanz einer ÖGD-Regie im Gesundheitswesen anzusehen. Borgers (1991) hat darauf hingewiesen, daß selbst in Ländern mit einem hohen Entwicklungsstand sozialepidemiologischer Forschung und Berichterstattung die Gesundheitspolitik hiervon relativ unberührt bleibt. Die Macht könne sich auch dann noch behaupten, wenn sie in ihrer ganzen Irrationalität bloßgestellt sei, sie brauche nur starke Verbündete (ebenda, S. 84).

Welche Bedingungen müssen demnach hinzukommen, um die Erfolgchancen des »Runden Tisches« im Gesundheitswesen unter der Regie des ÖGD zu erhöhen? Hier sind zuerst einmal diejenigen Vorstellungen

und Konzepte auszuschließen, die von vornherein als untauglich bzw. kontraproduktiv qualifiziert werden können. Reef (1993) zählt hierzu solche Vorstellungen, die den Partizipationsansatz aus dem Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung uneingeschränkt in eine regionale Planung der Krankenversorgung übertragen möchten. Wo in der Vergangenheit mangelhaft ausgebildete Fachkompetenz in den Selbstverwaltungsorganen der Sozialversicherungsträger mitverantwortlich für eine unkontrollierte Expansion der Medizin gemacht wurde, kann eine noch so geförderte Laienkompetenz der Bürger keine Alternative sein.

In einem engen Zusammenhang dazu sind Zweifel an der Funktionalität einer durchgängig bis auf die Ebene lokaler Gebietskörperschaften dezentralisierte Organisation von Planungsprozessen anzumelden. Die Überschaubarkeit von Versorgungsregionen ist schließlich nur ein Kriterium für deren Dimensionierung. Für den Krankenhaussektor hat die Orientierung an optimalen Betriebsgrößen und Versorgungsstrukturen zu größeren Planungseinheiten geführt. Die eher dem Partizipationsgedanken geschuldete Vorstellung der Gesundheitskonferenz in der Gemeinde oder im Stadtteil erweist sich somit als partiell untauglich. Ein differenziertes Modell dezentraler Koordination, das sowohl die regionale als auch die lokale Ebene benutzt, würde auf der Seite des ÖGD eine entsprechende Arbeitsteilung erfordern. Nicht alle »Runden Tische« wären hinsichtlich Aufgabenstellung und Zusammensetzung der Teilnehmer gleich. Eine beschränkte Zahl von besonders leistungsfähigen Gesundheitsämtern hätte Schwerpunktfunktionen im Hinblick auf die Unterstützung regionaler Koordinationsbemühungen zu übernehmen.

Alle bisher konzipierten Modelle dezentraler Planungsgremien, angefangen von der »Sozialgemeinde« nach Auerbach bis zu den Vorschlägen der SPD zur Einrichtung regionaler Gesundheitskonferenzen bescheinigt Reef mangelnde Ausgereiftheit, was ihre Zusammensetzung, Kompetenzen und Entscheidungsstrukturen angeht (ebenda, S. 317ff). Ein pragmatischer Weg der Suche nach praxistauglichen Problemlösungen kann in der Durchführung der eingangs erwähnten Modellversuche bestehen. Die Akzeptanz einer Beteiligung des ÖGD ist aber nicht so leicht zum »Quasi-Nulltarif« einer Regie im Sinne der Moderation des Runden Tisches zu haben.

Die Budgetierung stellt die Selbstverwaltung vor eine spezifische Aufgabe: Es geht nicht mehr um die Gestaltung einer auf Expansion, sondern eher (zumindest teilweise) auf Stagnation ausgerichteten Entwicklung. Das stellt grundsätzlich andere Anforderungen an Prozesse der Konsensbildung. Bezeichnend ist, daß unter dieser Bedingung der Appell an die staatliche Verantwortung für die Sicherstellung der

Versorgung hörbar wird. Eine gewisse Plausibilität kann dabei das Argument beanspruchen, daß die mit der Einführung der monistischen Krankenhausfinanzierung freigewordenen staatlichen Mittel nicht der staatlichen Haushaltskonsolidierung anheim fallen sollten. In welchem Umfang sie der finanziellen Unterstützung von neuen Versorgungsmodellen zugeführt werden können, ist an dieser Stelle nicht zu übersehen. Daß eine solche (partielle) Umwidmung die Position des ÖGD in der beabsichtigten Regiefunktion stärken könnte steht aber außer Frage.

Korrespondenzadresse:

Waldemar Streich

Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW

Postfach 201012

33548 Bielefeld

Literaturverzeichnis

- Borgers D, Streich W (1994): Profilierungsprobleme der Gesundheitsberichterstattung. Arbeit und Sozialpolitik, 3/4 S.52-57.
- Borgers D (1991): Probleme und Ziele einer sozialepidemiologisch orientierten Gesundheitsberichterstattung. Jahrbuch für Kritische Medizin 16: Das Risiko, zu erkranken. Hamburg: Argument, S. 84-101. (Kritische Medizin im Argument).
- Brandenburg A, Ferber von C, Nowak M (1994): Vernetzung und Bürgerbeteiligung durch Gesundheitskonferenzen. Die Chancen gesundheitspolitischer Innovation auf kommunaler Ebene. Soziale Sicherheit Nr. 7, S. 246-248.
- Ertler W, et al (1981): Studie über die Nützlichkeit und Möglichkeit der Einführung von Meldepraxen in Österreich. Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (Hg.) Wien.
- Ferber von C (1990): In: MAGS NRW (Hg.) Der ÖGD der Zukunft. Lengerich, S. 115-129.
- Labisch A (1991): Der öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) angesichts neuer öffentlicher Gesundheitsleistungen (»new public health«). In: Deppe HU, Friedrich H (Hg.) Öffentliche Gesundheit-Public Health. Frankfurt/M.-New York: Campus, S. 84-102.
- MAGS (1991) Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen 1990. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hg.). Bielefeld: IDIS.
- MAGS (1992) Reform des Öffentlichen Gesundheitsdienstes Nordrhein-Westfalen. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hg.). Herten.
- MAGS (1995) Gesundheitsreport Nordrhein-Westfalen 1994. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hg.). Bielefeld: LÖGD.
- Modelle zur Organisation der kommunalen und regionalen Gesundheitsplanung in der Bundesrepublik Deutschland. Narr WD, Schröder WF (Hg.) Berlin: BASIG, 1977. 145 S. (Strukturforschung im Gesundheitswesen Bd.1)
- o.V. (1995) Ortsnahe Koordinierung der gesundheitlichen und sozialen Versorgung. Dokumentation der ersten Arbeitstagung zur Durchführung des Modellprojektes am 14./15.9.1995, Bielefeld. (Vervielf. Manuskript).

- Pfaff M (1994): Bürgernahe Reform. Die versichertenorientierte Umgestaltung des Gesundheitswesens. Soziale Sicherheit Nr. 1, S. 8-19.
- Reef B (1993): Regelung der Krankenversorgung und der Gesundheitsförderung: Defizite, Optionen und Perspektiven einer Regionalisierung in der Bundesrepublik Deutschland. Kassel: Jenior & Pressler, S. 306ff (Schriftenreihe Produktion und Region).
- Rosenbrock R, Noack MJ, Moers (1993): Öffentliche Gesundheit und Pflege in NRW. MAGS NRW (Hg.) Neuss.
- Schmacke N (1987): Der Standort der Gesundheitsämter in der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussion. Medizin, Moral und Markt. Hamburg: Argument, S. 122-145 (Argument-Sonderband AS 146).
- Schmacke N (1995): Öffentlicher Gesundheitsdienst, Sozialstaat und Kommunale Selbstverwaltung. Düsseldorf. (AfÖG, Berichte und Materialien, Bd. 11).
- Schönbach KH (1996): Thesenpapier zur Fachtagung GKV 2000 (Düsseldorf 1996, Manuskript). BKK Essen (Hg.).
- Schräder WF (1990) Gesundheitsplanung und Berichterstattung bei geringen Ressourcen. In: Thiele W, Trojan A (Hg.) Lokale Gesundheitsberichterstattung. St. Augustin: Asgard, S. 133-143.
- Schräder WF, Diekmann F, Neuhaus R, Rampelt J (1986): Kommunale Gesundheitsplanung. Basel: Birkhäuser.
- StBA (1995) Statistisches Bundesamt (Hg.) Studienhandbuch Basisbericht. Aufbau der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Wiesbaden (Manuskript).
- Streich W, Wagner M (1992) Entwicklung von Informationsgrundlagen und Entscheidungsinstrumenten für eine regionale Public-Health-orientierte Gesundheitspolitik. In: Kayser I, Mielck A, Hendrichs A (Hg.) Kooperation zwischen den alten und neuen Bundesländern in der Public-Health-Forschung. München: medis, S. 25-30.
- Trojan A, Hildebrandt H (1991): Kommunale Politik und öffentliche Gesundheit: Programm und Probleme des »Gesündere Städte-Projekts« der Weltgesundheitsorganisation. In: Deppe HU, Friedrich H, Müller R (Hg.) Öffentliche Gesundheit-Public Health. Frankfurt/M.-New York: Campus, S. 103-123.