

Hauß, Friedrich

**Book Part — Digitized Version**

## Gruppenbericht [zum Thema der Arbeitsgruppe 2: "Kommunale Kooperationsformen und Möglichkeiten der Zusammenarbeit im Arbeitsfeld Gesundheit"]

**Provided in Cooperation with:**

WZB Berlin Social Science Center

*Suggested Citation:* Hauß, Friedrich (1985) : Gruppenbericht [zum Thema der Arbeitsgruppe 2: "Kommunale Kooperationsformen und Möglichkeiten der Zusammenarbeit im Arbeitsfeld Gesundheit"], In: Jan Jarre, Horst Westmüller (Ed.): Kommunale Sozialpolitik - kommunale Arbeitsmarktpolitik: auf der Suche nach neuen Strategien und Kooperationsformen, ISBN 3-8172-1585-1, Evangelische Akademie Loccum, Rehburg-Loccum, pp. 211-216

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/112087>

**Standard-Nutzungsbedingungen:**

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

**Terms of use:**

*Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.*

*You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.*

*If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.*



## WZB-Open Access Digitalisate

## WZB-Open Access digital copies

---

Das nachfolgende Dokument wurde zum Zweck der kostenfreien Onlinebereitstellung digitalisiert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB).

Das WZB verfügt über die entsprechenden Nutzungsrechte. Sollten Sie sich durch die Onlineveröffentlichung des Dokuments wider Erwarten dennoch in Ihren Rechten verletzt sehen, kontaktieren Sie bitte das WZB postalisch oder per E-Mail:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH

Bibliothek und wissenschaftliche Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

E-Mail: [bibliothek@wzb.eu](mailto:bibliothek@wzb.eu)

The following document was digitized at the Berlin Social Science Center (WZB) in order to make it publicly available online.

The WZB has the corresponding rights of use. If, against all possibility, you consider your rights to be violated by the online publication of this document, please contact the WZB by sending a letter or an e-mail to:

Berlin Social Science Center (WZB)

Library and Scientific Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

e-mail: [bibliothek@wzb.eu](mailto:bibliothek@wzb.eu)

---

Digitalisierung und Bereitstellung dieser Publikation erfolgten im Rahmen des Retrodigitalisierungsprojektes **OA 1000+**. Weitere Informationen zum Projekt und eine Liste der ca. 1 500 digitalisierten Texte sind unter <http://www.wzb.eu/de/bibliothek/serviceangebote/open-access/oa-1000> verfügbar.

This text was digitizing and published online as part of the digitizing-project **OA 1000+**.

More about the project as well as a list of all the digitized documents (ca. 1 500) can be found at <http://www.wzb.eu/en/library/services/open-access/oa-1000>.

## 2. GRUPPENBERICHT

Dr. Friedrich Haub, Internationales Institut für Vergleichende Gesellschaftsforschung, Berlin

In der Arbeitsgruppe wurde im wesentlichen zu den Bereichen der Notwendigkeit, der Realisierbarkeit und der Schwierigkeit kommunaler Sozialpolitik im Bereich Gesundheit diskutiert.

Dazu zunächst einige Klarstellungen: Es scheint genauer, in diesem Fall den Begriff der kommunalen Gesundheitspolitik (statt Sozialpolitik) zu verwenden, weil dadurch die Zielpunkte der Politik (nämlich Gesundheit wieder herzustellen und Krankheit zu verhindern) deutlicher wird als im Begriff der Sozialpolitik. So verstanden hätte sich die Gesundheitspolitik einer allgemein steuernden kommunalen Sozialpolitik zuzuordnen.

Eine weitere Klarstellung: Das Besondere an kommunaler Gesundheitspolitik geht verloren, wenn der Begriff des Kommunalen rein geographisch (etwa nur als Region) verwendet wird. Dann nämlich wäre jede Gesundheitspolitik letztlich kommunal wirksam. Der Begriff einer kommunalen Gesundheitspolitik meint vielmehr, daß die Notwendigkeiten, Vorteile und Schwierigkeiten, die sich aus gesundheitlich relevanten, regionalspezifischen Problemlagen ergeben, bewußt in die Gestaltungsspielräume einer kommunalen Gesundheitspolitik eingehen. Unter diesem Gesichtspunkt ist z. B. zu bezweifeln, ob schon Kontakte und Kooperationen verschiedener Träger in einer Region, die über ein nicht regionsspezifisches, sondern auch in der Region auftretendes Problem zustandekommen, das Etikett einer kommunalen Gesundheitspolitik verdienen würden. Insofern ist kommunale Gesundheitspolitik mehr als Handeln in engen, überschaubaren Grenzen einer Region. Kommunale Gesundheitspolitik findet jedoch regional statt.

Zur Notwendigkeit kommunaler Gesundheitspolitik

Die Notwendigkeit kommunaler Gesundheitspolitik speist sich aus drei Aspekten:

1. Dem Aspekt der möglicherweise besonderen gesundheitlichen Problemlage in einer Region,
2. dem Aspekt der finanz- und arbeitsmarktpolitischen Allokation von Ressourcen im Rahmen einer kommunalen Gesundheitswirtschaft,
3. dem Aspekt alternativer Leistungserbringer angesichts der bekannten Defizite der traditionellen Erbringer von Gesundheitsleistungen.

Zahlreiche Krankheitsursachen, vor allem jene für moderne chronische

Volkskrankheiten, sind regionalspezifisch ausgeprägt. So bestehen z. B. regionalspezifische Arbeitsbedingungen etwa durch einzelne große Betriebe, regional dominierende Schadstoffbelastungen sowie regionalspezifische Entlastungs- und Kompensationsmöglichkeiten. Wenn auch, wie der Krebs-Atlas z. B. gezeigt hat, die Zusammenhänge zwischen diesen Ursachen und dem Auftreten regionalspezifischer Diagnosen auch nicht bis ins Letzte zu klären sind, ließen sich diese Defizite jedoch auf regionaler Ebene eher aufheben als in weniger homogenen Feldern.

Aus der regionalspezifischen Verteilung von Krankheiten ergibt sich als grundsätzliche Voraussetzung für eine regionale Gesundheits- und Sozialpolitik die regionalspezifische Krankheitsartenanalyse. Die Daten der gesetzlichen Krankenversicherung können hierzu herangezogen werden, örtliche Gesundheitsakteure wären zu befragen und die betroffenen Personenkreise nicht nur unter Gesundheits-, sondern auch unter Lebenslageaspekten einzugrenzen.

In den Bereichen der Heilung, Betreuung, Rehabilitation, aber auch der Gesundheitserziehung, Aufklärung und Prävention erlaubt eine kommunalisierte Gesundheitspolitik die Thematisierung und Bearbeitung ganzer komplexer Gesundheitsprobleme und hilft so, ihre Teilung in einzelne Risikofaktoren, Gesundheitserhaltung und Krankheitsverhütung zu vermeiden. Besonders am Beispiel der Gesundheitserziehung läßt sich dies verdeutlichen: Herkömmliche Aufklärungskampagnen zerstückeln das Gesundheitsproblem oft bis zur Unkenntlichkeit (Schadstoffaufnahme wird auf Rauchen reduziert), wirken damit unrealistisch, weisen dem Einzelnen die Schuld zu und wollen glaubhaft machen, durch individuelle Verhaltensänderung ließe sich ein Großteil der Gesundheitsproblem ändern. Regional könnten jedoch die unterschiedlichsten Akteure (von der Einzelgewerkschaft, deren Mitglieder betroffen sind, bis zum ADAC, der Verkehrssicherheits-training anbieten und Schadstoffmessungen an Kraftfahrzeugen durchführen könnte) das dominierende Gesundheitsproblem thematisieren und an seiner Lösung mitwirken. Dies setzt neben der epidemiologischen Analyse der Krankheitsverteilung und Betroffenheit Prozesse der Planung und Arbeitsteilung voraus. Ziel wäre ein arbeitsteiliges Vorgehen im gesundheitspolitischen Bündnis aller Akteure.

Dies gilt besonders für präventive Aufgaben.

Das Unbehagen, das sich angesichts der zahlreichen allgemeinen Aufklärungskampagnen etc. oft breit macht, ist zum großen Teil darin begründet,

daß die Erziehung und Aufklärung zu allgemein gehalten ist und teilweise das Niveau von Allerweltsweisheiten erreicht ("Besser gesund und reich als krank und arm."). Die Mitgliederzeitschriften der GKV-Kassen geben hier ein abschreckendes Beispiel. Zugleich böten sich jedoch auch hier Möglichkeiten der Kommunalisierung und damit der Konkretisierung, etwa indem die Ortskrankenkassen den Vorteil ihrer regionalen Gliederung auch für regionale Beilagen nutzen würden.

Neben einer gesundheitsbedingten Notwendigkeit für eine kommunale (oder kommunalisierte) Gesundheitspolitik ergibt sich auch einer Notwendigkeit zur Kommunalisierung, die sich aus dem derzeitigen Kostendruck auf die Gemeinden und die Träger von Sozial- und Gesundheitsleistungen ergibt. (Vgl. Referat von Göschel in diesem Band).

Gesundheitsrelevant ist dieser Aspekt insofern, als offensichtlich eine stärkere Kommunalisierung aus ökonomischen Erwägungen unter den gegenwärtigen Bedingungen eine Voraussetzung dafür sein kann, daß gesundheitsrelevante Leistungen überhaupt noch im erforderlichen Umfang erbracht werden können. In diesem Zusammenhang weist Göschel auf die Zweischneidigkeit einer ökonomisch begründeten Argumentation hin: Dem verstärkten Bemühen nach Allokation von Finanzmitteln auf kommunaler Ebene durch die Umverteilungsinstanzen folgen Bemühungen der Anbieter von Leistungen, diese zusätzlich zu erbringen, um damit einen Teil der Ressourcen auf sich selbst zu lenken. Hierdurch würde jedoch die finanzielle Konsolidierung gefährdet.

Die o. a. Entwicklung verweist auf eine dritte Notwendigkeit kommunaler Gesundheitspolitik, die in der Herausbildung alternativer Versorgungsformen zu sehen ist. Unter dem Schlagwort der Selbsthilfebewegung haben sich in den letzten Jahren gerade auf kommunaler Ebene Vereinigungen herausgebildet, die nicht dem klassischen Paradigma professionell orientierter Versorgung folgen, sondern auf die Eigenhilfe als wesentliches therapeutisches Merkmal setzen (vgl. Referat von Wetendorf). Neben dieser therapeutischen Erweiterung des bisherigen Spektrums lassen sich in diesen Gruppen auch die Erfahrungen mit kommunalen Problemen und die bestehende Tradition von Problemlösungen auf kommunaler Ebene erfassen und in einem organisatorischen Rahmen wirksam werden. Durch Selbsthilfegruppen auf regionaler Ebene können somit möglicherweise Defizite im Bereich der Leistungsqualität und -quantität traditioneller Anbieter sowie De-

fizite im Bereich der Politikentwicklung und Durchsetzung ausgeglichen werden.

#### Zur Realisierbarkeit kommunaler Gesundheitspolitik

Die Realisierbarkeit kommunaler Gesundheitspolitik ist abhängig vom jeweiligen Widerstandspotential gegen ihre Ziele und Methoden. Je nach Art des Anlasses oder der gewählten Strategie wird kommunale Gesundheitspolitik mit mehr oder weniger starken Realisierungsschwierigkeiten zu kämpfen haben (s. unten). Grundsätzlich läßt sich jedoch die These formulieren, daß das Profil einer kommunalen Gesundheitspolitik sich immer an der Linie des geringsten Widerstandes herausbilden wird. D. h., je mehr die kommunale Gesundheitspolitik die Kommune nur als geographischen Ort und nicht als problem erzeugendes Gebiet betrachtet, desto geringer werden die Widerstände sein. D. h. aber auch: Desto wirkungsloser wird die kommunale Gesundheitspolitik zur Lösung von Gesundheitsproblemen sein.

Eine kommunale Gesundheitspolitik, deren Ziel die regionale Problemanalyse und deren kommunale Überwindung wäre, hätte vor allem mit den ökonomischen Interessen der Krankheitsverursacher und der Gesundheitsanbieter zu rechnen. So greifen z. B. gesundheitsbegründete Forderungen nach Minimierung regionaler Luftverschmutzung teilweise tief in die Entscheidungsbereiche des örtlichen Hauptluftverschmutzers ein, und die Forderung nach Selbsthilfe und Selbstorganisation von bestimmten Krankengruppen entzieht möglicherweise den örtlichen niedergelassenen Ärzten die Klientel bzw. setzt sie der kritischen Kontrolle ihrer Patienten aus. Auch diese Beispiele zeigen, daß kommunale Gesundheitspolitik, wenn sie sich nicht nur auf Optimierung von Verfahren, sondern auf Durchsetzung von gesundheitlichen Problemlösungen bezieht, politisch vorgehen muß.

#### Zu den Schwierigkeiten kommunaler Gesundheitspolitik

Die Schwierigkeiten kommunaler Gesundheitspolitik setzten jedoch offensichtlich früher an. Es wurde von zahlreichen Versuchen und Ansätzen berichtet; die meisten dieser Berichte zeigten Defizite und Probleme auf, die sich etwa folgendermaßen systematisieren lassen:

- Dem Vorteil räumlich näherer Kooperationsmöglichkeiten, aus denen sich wenigstens technische oder organisatorische Forderungen der Arbeitsteilung zwischen verschiedenen Trägern ergeben könnten, steht oft genug die Profilierung eines einzelnen Akteurs entgegen. Oft werden solche Ansätze nur solange tragfähig, wie der Werbeeffect für einen Koopera-

tionspartner geringer wird als die zusätzlichen Anstrengungen, die er für die Kooperation selbst aufbringen muß. Da aber kommunale Gesundheitspolitik und eine entsprechend orientierte Arbeitsteilung keine Werbeveranstaltung für einzelne Akteure darstellt, ist der kritische Punkt oft und schnell erreicht.

Bezogen auf die Gesundheitserhaltung der Bewohner/Versicherten/Beschäftigten ist dieses Verhalten nicht rational, da die spezifischen Probleme verschiedener Akteure bei einer rein technisch-organisatorischen Arbeitsteilung überhaupt nicht zum Tragen kommen können. In solchen Fällen verhindert die fehlende Orientierung auf regionalspezifische Inhalte oder Probleme eine daran orientierte Arbeitsteilung auf kommunaler Ebene.

- Die Begrenztheit der Mittel, vor allem des Personals, ist ein weiterer gravierender Engpaß für die Herausbildung einer kommunalen Gesundheitspolitik in der Region. Für den Außenstehenden wurde drastische Beispiele personeller Überbelastung geschildert, die die Übernahme zusätzlicher Aufgaben utopisch werden lassen. So bezogen sich die meisten Beispiele, die aus einer solchen Situation heraus geschildert wurden, dann auch nicht auf die kommunale Gesundheitspolitik, sondern auf regionale Gesundheitspolitik, d. h., es wurde lediglich der Stand bestehender Kooperation beschrieben, dem jedoch die Qualität des Kommunalen noch nicht anhaftete. Unter den gegebenen Umständen könnte dies auch gar nicht anders sein, zwei verallgemeinerbare Aspekte wurden jedoch sichtbar:
  - Kommunale Gesundheitspolitik erfordert zunächst den Aufwand zusätzlicher Ressourcen personeller und oft auch finanzieller Art. In der Regel sind alle Konzepte, die davon absehen unrealistisch. Sie verstellen auch den Blick für die neue Qualität kommunaler Gesundheitspolitik, denn wenn mit ohnehin begrenzten Mitteln verzichtet wird, kommunale Gesundheitspolitik zu realisieren, das Ergebnis aber den Anforderungen nicht gerecht wird, erscheint als kommunale Gesundheitspolitik, was in Wirklichkeit nur der Normalfall regionaler Gesundheitspolitik ist: Die tatsächlichen Möglichkeiten, die jedoch nur mit höheren Mittelaufwendungen zu erreichen sind, verschwinden so aus dem Blickfeld.
  - Auch die Forderung nach mehr Personal der gesundheitspolitischen Akteure gehört zur Voraussetzung einer kommunalen Gesundheitspolitik. Hier verbindet sich, wenn sie von den Beschäftigten selbst erhoben wird, die gewerkschaftliche Argumentation nach humanen Arbeitsbedin-

gungen und menschlichen Arbeitsbelastungen mit den Interessen der Betroffenen, denen geholfen werden muß; dies jedoch kann nur höheren Personalaufwendungen geschehen.

- Schließlich besteht eine dritte Schwierigkeit in der Unerfahrenheit, die heute in der kommunalen Gesundheitspolitik besteht. Hier könnte Abhilfe auf verschiedenen Gebieten und durch verschiedene Akteure geschaffen werden. Göschel hat in seinem Referat die Verantwortung der Kassen für die Regionalplanung hervorgehoben. Die Kassen sind es auch, die die Daten der regionalen Krankheitsarten-Verteilung zur Verfügung haben oder die auf dem Gebiet der regionalen (evtl. auch kommunalen) Gesundheitserziehung und Versorgung mit einigen positiven Beispielen eine Vorreiterrolle spielen könnten. Wenn sich die Problemanalyse, die Kassen leisten könnten, mit der flexiblen Problemlösungskapazität z. B. der freien und anderen Wohlfahrtsträger verbinden würde, wären damit ideale Voraussetzungen für eine sinnvolle humane kommunale Gesundheitspolitik geschaffen.