



MEDIZINISCHE EINRICHTUNGEN
Institut für Medizinische Soziologie
Geschäftsführender Direktor: Universitätsprofessor Dr. J. Siegrist

Institut für Medizinische Soziologie

An den Präsidenten
des Landes Nordrhein
Herrn Ulrich Schmidt

Postfach 10 11 43
40002 Düsseldorf

Mein Zeichen

si-sw

Betr.: Anhörung zu Artikel 3 des Gesetzentwurfs Drucksache 12/2340

Sehr geehrter Herr Präsident,

in der Anlage sende ich Ihnen noch, wie vereinbart, meine schriftliche Stellungnahme zur obengennannten Anhörung in dreifacher Ausfertigung.

Mit freundlichen Grüßen

Univ. Prof. Dr. Johannes Siegrist

Anlage

nachrichtlich: Herrn Dr. Sandler, Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW

Hausanschrift:

Universitätsstraße 1, D-40225 Düsseldorf
Gebäude 23.02, Ebene 03

Telefon: (02 11) 81 - 00
Durchwahl: (02 11) 81 - 1 43 60 / 1 43 61
Telefax: (02 11) 81 - 1 23 90
e mail: siegrist@uni-duesseldorf.de

Düsseldorf, den 10.10.1997



Betr. Gesetz zur Stärkung der Leistungsfähigkeit der Kreise , Städte und Gemeinden in
Nordrhein-Westfalen

Gesetzentwurf der Fraktion der SPD und der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen

-Drucksache 12/2340-

Anhörung zu Artikel 3 als Sachverständiger beim Landtag Nordrhein-Westfalen
Univ. Prof. Dr. Johannes Siegrist
Institut für Medizinische Soziologie
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

Ich spreche hier als Vertreter der universitären Forschung, und zwar der bevölkerungsbezogenen Gesundheitswissenschaften. Dieses Wissenschaftsgebiet wird international mit dem Begriff "Public Health" bezeichnet. In wörtlicher Übersetzung heisst dies "öffentliche Gesundheit". Allerdings ist das Themengebiet von Public Health umfassender als dasjenige des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD), wie er in Deutschland eingerichtet ist. Es geht nämlich um die Gewinnung von Erkenntnissen über Entwicklungstrends und Ursachen unterschiedlicher Krankheitshäufigkeiten in ganzen Bevölkerungsgruppen, im Gegensatz zu einer individualmedizinischen Betrachtung. Und es geht um die Frage, wie gut ein Gesundheitssystem in der Lage ist, die Gesundheit der Bevölkerung insgesamt zu sichern und zu fördern. Hier allerdings zeigt sich, daß der ÖGD einen, wenn auch begrenzten Beitrag zu diesem Problem beisteuern kann: und zwar 1. durch seine beobachtenden, registrierenden Tätigkeiten, zu denen auch eine kommunale Gesundheitsberichterstattung gehört, 2. durch seine subsidiär gewährten Dienste insbesondere bei sozial benachteiligten Gruppen, und 3. durch die koordinative Tätigkeit, die er in der Kommune entfalten kann. Es gibt somit substantielle Berührungspunkte zwischen den Arbeitsgebieten von Public Health und ÖGD. Eine verstärkte Förderung des wichtigen Aufgabenfeldes öffentlicher Gesundheitsdienste durch ein modernes, zukunftsweisendes Gesetz ist daher auch in dieser weiteren Perspektive praxisbezogener Public Health-Aktivitäten grundsätzlich zu begrüßen.

In meiner Stellungnahme gehe ich insbesondere auf die in § 24 des Gesetzentwurfes vorgesehene Einrichtung kommunaler Gesundheitskonferenzen ein. Ich tue dies in meiner Eigenschaft als einer der beiden verantwortlichen Leiter der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Modellvorhaben "Ortsnahe Koordinierung der medizinischen und sozialen Versorgung", die in Kooperation mit Prof. Bernhard Badura von der Universität Bielefeld durchgeführt wird. Aufgabe dieser Begleitforschung ist es, anhand einer unabhängigen empirisch-sozialwissenschaftlichen Evaluation

der Strukturen, der Prozesse und der Ergebnisse die Chancen und Grenzen dieses vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales initiierten Modells zu prüfen.

Seit Ende 1995 sind 28 kommunale Modellregionen NRWs in dieses Vorhaben einbezogen, dessen Laufzeit bis Ende 1998 reicht. Zur Strukturevaluation lässt sich zusammenfassend sagen, daß in allen 28 Kommunen sog. Runde Tische eingerichtet worden sind, an denen die wichtigsten Akteure der lokalen gesundheitlichen Versorgung mit bisher guter Regelmässigkeit teilnehmen. Im Durchschnitt bestehen diese kommunalen Gesundheitskonferenzen aus etwa 25 Personen, die sich zweimal im Jahr treffen. Die eigentliche Entwicklungsarbeit wird in themenspezifischen Arbeitsgruppen geleistet: zur Zeit gibt es 65 Arbeitsgruppen in diesen Modellregionen. Ziel der Arbeit in diesen Gruppen ist es, sog. Handlungsempfehlungen zu einer qualitativen Verbesserung und Effizienzsteigerung der Versorgung auf kommunaler Ebene sowie zu einer Erhöhung von Transparenz und Bürgernähe auf der Basis systematisch zusammengetragener Daten zu erarbeiten. Bis September 1997 sind von fast allen Arbeitsgruppen entsprechende Empfehlungen erarbeitet worden. Ihr Themenspektrum reicht von vergleichsweise einfachen Maßnahmen wie Erstellung von Gesundheitswegweisern bis zu ausgereiften Konzepten zur besseren Vernetzung stationärer Versorgung und ambulanter Rehabilitation, etwa am Beispiel von Schlaganfallpatienten.

Wie sieht beim heutigen Stand die Prozeßevaluation aus? Von über 100 Maßnahmen sind 90% einvernehmlich von den Runden Tischen verabschiedet worden, allerdings bisher vorwiegend solche, die nicht wesentlich in vorhandene Besitzstände der medizinischen Versorgung eingreifen. In diesen letzteren Fällen stockt die Umsetzung der erarbeiteten Handlungsempfehlungen insbesondere dort, wo eine Vernetzung lokaler mit überregionalen Planungs- und Versorgungsaktivitäten erforderlich wird.

Die zentrale Frage der Ergebnisevaluation nach einer Effizienzsteigerung kommunaler Versorgung und damit einer mittelfristigen Kostenersparnis infolge der Arbeit kommunaler Gesundheitskonferenzen kann beim derzeitigen Kenntnisstand der wissenschaftlichen Begleitforschung noch nicht beantwortet werden. Hierzu muß der Abschluß des Modellvorhabens abgewartet werden.

Zusammenfassend kann dennoch gesagt werden, daß die Entwicklung des Modellvorhabens bis heute zufriedenstellend verlaufen ist: es hat sich eine konstruktive Arbeitsatmosphäre herausgebildet, und es ist eine erfreuliche Bereitschaft zu Kooperation und wechselseitigem Lernen sichtbar geworden. So geben über 70% der 500 von uns befragten Teilnehmer an Runden Tischen an, kommunale Gesundheitskonferenzen seien ein sinnvolles Instrument zur

Koordinierung der lokalen Versorgung. Als besonders positiv sind die Qualifizierungsimpulse für das mit den Aufgaben beauftragte Personal sowie die logistischen und methodischen Hilfestellungen zu betrachten, welche im Zuge der Modellarbeit entwickelt worden sind. Sie lassen sich ohne grossen Aufwand flächendeckend implementieren.

Allerdings ist beim gegenwärtigen Stand der Evaluationsforschung auch deutlich geworden, daß das Aufgabenspektrum der Gesundheitskonferenzen besser eingegrenzt werden sollte. Sie eignen sich beispielsweise nicht als Gremien, in denen sensible Planungs- und Allokationsentscheidungen getroffen werden, ganz abgesehen davon, daß es auch entsprechend legitimierte Verfahrensweisen hierfür zur Zeit nicht gibt. Schwerpunkt der Arbeit sollte der auf einer verbesserten kommunalen Gesundheitsberichterstattung beruhende Diskurs über die Optimierung einer bedarfsgerechten, bürgernahen, kontinuierlichen und qualitativ gesicherten medizinischen und sozialen Versorgung sein. Ausgehend von diesem Diskurs sollten sodann von den Verantwortlichen gemeinsam getragene Innovationen verwirklicht werden. Die im 2. Neuordnungsgesetz der GKV vorgesehenen Modellversuche bieten hierzu auch eine vielversprechende juristische und ökonomische Basis.

Abschließend weise ich darauf hin, daß die Qualität der Arbeit kommunaler Gesundheitskonferenzen, aus Sicht der wissenschaftlichen Begleitforschung, deutlichen Schwankungen unterworfen ist. Es ist evident, daß die Motivation der Beteiligten vor Ort, das Klima der Kooperation sowie der lokalpolitische Rückhalt wichtige Bedingungen für den Erfolg darstellen. Insofern rege ich an, die Bestimmung Absatz 1 § 24 weniger restriktiv zu fassen, in dem Sinne, daß kommunale Gesundheitskonferenzen zwar eingerichtet werden sollen, jedoch die Umstände ihrer Etablierung so lange offen bleiben, bis die Evaluationsergebnisse zum Modellversuch vorliegen.

Zusammenfassend gelange ich somit zu der Empfehlung, den Art.3 des Gesetzes im Grundsatz zu befürworten, jedoch einzelne Bestimmungen, insbesondere zum Aufgabengebiet des ÖGD und zur Einrichtung kommunaler Gesundheitskonferenzen, nochmals zu überarbeiten.