

Ernst-Wilhelm Luthe

Was kann „Sozialraumpolitik“ leisten?

Eine Polemik

1. Einführung und Zielsetzung

„Sozialraumpolitik“ handelt von zwei Teilwelten eines Phänomenbereichs, die verschmelzen, sobald ihre Ziele und Aufgaben in den übergreifenden Zusammenhang einer grundlegenden Idee gestellt werden: dass sowohl die gesundheitliche Versorgung als auch die soziale Integration von Personen nur gelingen kann, wenn hierauf abzielende staatliche Maßnahmen mit den Potenzialen sowie Risiken des sozialen Nahraums dieser Personen in Verbindung gebracht werden. Die in diesem Nahraum verfügbare Staatsorganisation einschließlich der von ihr gelenkten Infrastruktur an Diensten und Einrichtungen mitsamt der hierauf bezogenen Instrumente muss überdies dasjenige Maß an Flexibilität aufweisen, das erforderlich ist, um notwendige Versorgungsprozesse und Hilfen im Zuge größtmöglicher Kooperation und Vernetzung der beteiligten staatlichen und privaten Akteure an der individuellen Situation der betroffenen Personen orientieren zu können.

Die *Idee*, die hier wirkt, wird gemeinhin aus unterschiedlichen Richtungen in Beschlag genommen. Funktional geht es um ein Mehr an Zielgenauigkeit staatlichen Handelns durch Einbeziehung der „Lebensumstände“ der Menschen und ihrer Wünsche, um ihren koproduktiven Beitrag zur Steigerung der Interventionseffizienz, um die Verbesserung der Maßnahmequalität durch vermehrte Kontextsensibilität und normativ um Teilhabe durch Mitsprache. Ob wir in dieser Hinsicht dem politischen Zeitgeist entsprechend in den jeweiligen Zusammenhängen von „Lebensweltorientierung“ oder „Patientenorientierung“ oder wovon auch immer reden wollen, ist zweitrangig. In jedem Fall aber sind dies die gedanklichen Verbindungslinien, die den Gesundheits- und Sozialsektor *je für sich* und zugleich *im Verhältnis zueinander* zu einer dezentralen, integrierten, sektor- und berufsgruppenübergreifenden, multizentrischen *Versorgungseinheit* verschmelzen, auf die sämtli-

che *Konzepte*, die hier derzeit wirken, bei aller Unterschiedlichkeit im Detail letztlich hinführen.



Ernst-Wilhelm Luthe

Um dies zu ermöglichen, müssen die politischen Rahmenbedingungen stimmen. Der Begriff der „Sozialraumpolitik“ wird in diesem Text mit dem Ziel eingeführt, politisch Verantwortlichen und sonstigen interessierten Personenkreisen Maßstäbe dafür an die Hand zu geben, wo sich eine solche Politik empfiehlt, welche rechtlichen, budgetären und organisatorischen Vorkehrungen zu treffen sind und insbesondere welche Instrumente der Problemdiagnose und Maßnahmeprogno- se, der Ergebnisbewertung, der Infrastrukturentwicklung und vor allem der Koordination gemessen an den allgemeinen Bedingungen des Computerzeitalters, den besonderen Bedingungen des Sozialraums und nicht zuletzt den Bedingungen staatlicher Politikverflechtung hierfür zur Verfügung stehen. Zweifelsfrei sind

keine Patentrezepte zu erwarten. Das liegt in der Natur der Sache – nämlich an der prinzipiellen Einzigartigkeit und an der inneren Dynamik eines jeden Sozialraums. Deshalb kann der Sozialraum – so viel ist sicher – eines nicht sein: die Verkörperung einer bestimmten Organisationsweise. Zutreffender ist das Bild vom Sozialraum als einer hybriden Organisationsform im Sinne eines prinzipiell offenen Spiels organisatorischer Versorgungsoptionen an den netzwerkumlagerten Schnittstellen gesellschaftlicher Zentralfunktionen (wie vor allem solchen der Politik, der medizinischen Versorgung, der sozialen Inklusion und des Rechts).

Das Thema ist komplex und in der Sache interdisziplinär angelegt. Was mit diesem Text geleistet werden kann, ist

Dr. Ernst-Wilhelm Luthe ist Professor am Institut für angewandte Rechts- und Sozialforschung, Ostfalia Hochschule für angewandte Wissenschaften, Braunschweig/Wolfenbüttel.

nicht mehr als eine grobe Richtungsvorgabe, die vielleicht für ein paar Überraschungen sorgen könnte bei denjenigen, die einmal versuchen möchten, die Welt unter der Sozialraumperspektive zu beobachten.

2. Engführung der bisherigen Diskussion

Der Sozialraum ist seit mindestens 20 Jahren in Deutschland Thema. Fuß gefasst hat er in der ganzen Bandbreite seiner Möglichkeiten eigentlich nirgends. Das liegt zum einen an der bislang auf den kommunalen Bereich und hier vor allem an der auf die Jugend- und Behindertenhilfe verengten Konzeptentwicklung, wodurch vor allem der Blick auf konstruktive Beiträge des Gesundheitssektors versperrt wurde, der in ähnlicher Weise, aber unter anderer Bezeichnung, ebenfalls auf integrative und dezentral angelegte Versorgungsnetze abzielt, in dieser Hinsicht mit seinen Konzepten – vor allem in puncto Organisation und Finanzierung – aber viel weiter ist. Zum anderen sind viele gut gemeinte Versuche in der Praxis eher Bekenntnis als Umsetzungsstrategie mit echtem Veränderungswillen, und dies vor allem wohl vor dem Hintergrund bestehender Vorbehalte und Ängste: Ängste von Anbieterseite, bei stringenter Umsetzung des Sozialraumgedankens zukünftig auf dem Markt sozialer Dienstleistungen im Vergabewettbewerb mit anderen nicht mehr vertreten zu sein, aber auch Vorbehalte von staatlicher Seite, den zu erwartenden Herausforderungen weder vom Personalumfang her noch qualifikatorisch gewachsen zu sein. Überdies dürften die zweifelsohne bestehenden rechtlichen Problemstellungen einer bereitwilligen Inangriffnahme entgegenstehen, und nicht zuletzt muss mit Kostenrisiken gerechnet werden, die jedenfalls bei kurzen Zeithorizonten und unausgereifter Konzeptbasis offen lassen, ob positive Effekte nicht nur für die Leistungsqualität, sondern auch für die öffentlichen Haushalte zu erwarten sind.

Hinzu kommt: Was unter „Sozialraumorientierung“ verstanden werden kann, ist alles andere als selbstverständlich. Wir verzichten auf eine genaue Typisierung;¹ hier reicht die Feststellung: Im Grunde ist der Sozialraum ein Allerweltsbegriff, der für sich genommen nichts erklärt und für vieles herhalten muss – eben auch für rein zivilgesellschaftliche Formen einer Aktivierung und Unterstützung hilfebedürftiger Personen. Auch diese Herangehensweise hat selbstverständlich ihre Berechtigung, und der Staat tut gut daran, solche Strukturen als nutzbare Ressourcen in seine Überlegungen einzubeziehen.² Aber leider bringt die Zivilgesellschaft eine gewisse Unübersichtlichkeit, aber auch Selbstgenügsamkeit ins Spiel und mag viele davon abhalten, sich der Thematik über eher sozialpädagogisch zugerichtete Fragestellungen hinaus in ihrer administrativen, versorgungstechnischen und rechtlichen Dimension weiter anzunähern. So dreht man die schönsten Pirouetten und landet im Grunde nach wenigen Metern auf der Nase, weil man nicht zur Kenntnis nehmen will, dass das, was einen Sozialraum ausmacht, am wenigsten³ das Ergebnis lebensweltlicher Betroffenheiten⁴ welcher Art auch immer ist, sondern in erster Linie das Ergebnis rechtlicher und organisatorischer Rahmenbedingungen sowie politischer Verhandlungsprozesse und ab-

hängig ist von Verantwortlichkeiten und Finanzströmen im Verhältnis der Staatsebenen, vor allem aber von den „Geschäftsmodellen“⁵ der beteiligten staatlichen und privaten Akteure. Eingedenk aller brauchbaren „Bottom-up- und Governance-Strategien“ müssen die ersten Schritte, mit denen man sich dem Thema nähert, darin bestehen, transparent zu machen, was in den relevanten gesetzlichen Programmen an sozialräumlichen Strukturvorgaben bereits angelegt ist, was hier ggf. in die falsche Richtung geht und wie erforderliche Reformen auszusehen hätten, mit denen eine überzeugende Sozialraumpolitik in Reichweite gebracht werden kann.

Dabei sind einzelne Projektthemen für die Arbeit vor Ort zunächst einmal zweitrangig; selbst mit Benchmarking wird man kaum weiterkommen, weil Sozialräume ihre eigene Geschichte haben und sich damit bereits im Kern für Vergleiche zu sehr voneinander unterscheiden.⁶ Viel wichtiger ist, ob und in welchem Ausmaß vor dem Hintergrund gesetzlicher und finanzierungstechnischer Gegebenheiten die für die Gestaltung von Sozialräumen unabdingbaren Freiräume und Anreizstrukturen vorhanden sind – für die erforderlichen Gestaltungserfordernisse der Kommune ebenso wie für die Sozialversicherung, für das Versorgungsnetz der Anbieter ebenso wie für das zu seiner Überwachung eingesetzte Steuerungsgremium. Was dann konkret „im Sozialraum“ zu unternehmen ist, unterliegt in weiten Teilen den je unterschiedlichen Bedingungen vor Ort und erfordert auf der übergeordneten Konzeptebene zunächst nicht mehr, aber auch nicht weniger als einen „Instrumentenkasten“, aus dem man sich bei Bedarf be-

1) Zu den unterschiedlichen Bedeutungen vgl. nur Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes NRW: *Moderne Sozialplanung. Ein Handbuch für Kommunen*, Düsseldorf 2011, S. 38 ff.

2) Hierzu – anstatt vieler – Theunissen, G.: *Lebensweltbezogene Behindertenarbeit und Sozialraumorientierung*, Freiburg 2012, vor allem S. 117 bis 138.

3) Die Schuldnerberatung nach dem SGB II und dem SGB XII sowie die Insolvenzberatung nach der Insolvenzordnung unterliegen unterschiedlichen Zuständigkeiten der Kommunen und der Länder.

4) Und zu denen, wenn es keine Showveranstaltung ist, man realistisch erst an den Endpunkten entsprechender Prozesse vordringt, wenn man bis dorthin im Dickicht der Institutionen überhaupt gelangt.

5) Zur Kritik des Lebensweltkonzepts im Bereich der Sozialarbeit vgl. Nocke, J./Breunung, L., in: Merten, R. (Hrsg.): *Systemtheorie sozialer Arbeit*, Wiesbaden 2000, S. 115 ff., 243 ff. Weiterführend wäre es vermutlich, den Begriff der Lebenswelt und seine Derivate, wenn man hiermit gesellschaftliche Phänomene ansteuern will, in institutionalisierten Kontexten der Hilfe völlig aufzugeben zugunsten eines gehaltvollen Verständnisses von „Interaktion“ in Abgrenzung zu sonstigen sozialen Ebenen der Organisation, des Funktionssystems und der Gesellschaft und das in dieser Weise sichtbar werdende Soziale in seiner strukturellen Kopplung an die Motivationsmotivation von Helfer und Klienten als einer auf die äußere Umwelt von Interventionen bezogene Letztunterscheidungsebene professioneller Interventionsstrategien zu betrachten. Dass dies auch zu einer klareren Sicht auf „Sozialräume“ im Hinblick auf das in diesen stattfindende „People Processing“ führen dürfte, liegt auf der Hand.

6) Dietrich, M./Znotka, M.: „Ideas are easy. Implementation is hard“ – Kooperation und Vernetzung aus wirtschaftswissenschaftlicher Sicht unter besonderer Berücksichtigung des unternehmerischen Risikos: ein geschäftsmodellbasierter Ansatz, in: Brandhorst, A./Hildebrandt, H./Luthe, E.-W. (Hrsg.): *Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitssystems*, Wiesbaden 2017, S. 139 ff.; auch Baas, J.: *Kooperation und Integration – Herausforderungen und Chancen aus Sicht einer Krankenkasse*, in: Brandhorst/Hildebrandt/Luthe (ebd.), S. 303 ff., 314.

6) Es ist eben deshalb gerade diese als Folge eines fehlenden marktvermittelten Preisbildungssystems hervortretende Einzigartigkeit der Non-Profit Organisation, für die P. F. Drucker eine eigene Managementstrategie entworfen hat: Drucker, P. F.: *Managing the Non-Profit Organization: Practices and Principles*, New York 1990; dies aufgreifend als – auf unseren Kontext übertragbare – Aufforderung an das Management des Gesundheitssystems, von „institutioneller Selbstverständlichkeit“ auf „organisierte Kontingenz“ umzuschalten: Baecker, D.: *Polykontextualität und Management im Krankenhaus*, in: Brandhorst/Hildebrandt/Luthe (Fußn. 5), S. 95 ff., 117.

dienen kann. In dieser Vorgehensweise spiegelt sich eine alte Einsicht in die Wirkungslosigkeit direkter zentralstaatlicher Interventionen in die psychosozialen Bedingungen eines hochdynamischen Gesundheits- und Sozialsektors.⁷ Die Alternative kann deshalb nur im mittelbaren staatlichen Einwirken auf die äußere Regelstruktur und Ressourcenausstattung der Akteure im Wege einer dezentralen „Kontextsteuerung“⁸ bestehen. Alles in allem dürfte damit deutlich werden, wohin es gehen könnte, wenn im größeren Maßstab und letztlich auch kampagnenwirksam für eine sozialräumlich zentrierte Versorgung gesorgt werden soll: Sozialraumpolitik – und zivilgesellschaftliche Kritiker werden hier aufhorchen – ist zuvorderst eine „staatlich“ verantwortete Politik, eine Politik „dezentraler Sozialstaatsräume“.



© Wilhelmine Wulff_All Silhouettes/PIXELIO

3. Policy-Synergien

Für den Gesundheitssektor aber ist der Sozialraumgedanke gemessen an heutigen Leitbildern der Patientenorientierung, Prävention und integrierter Versorgung ein Kulminationspunkt, auf dem in Grunde genommen alles zu läuft. Alle relevanten Reformoptionen, von Managed-Care-Modellen⁹ über Accountable Care Organizations¹⁰, von Präventionskonzepten bis hin zu den gesetzlich heute bereits vorhandenen Modellen der Integrierten Versorgung, vor allem aber auch die als „Gesundheitsregionen“ und „Gesundheitslandschaften“ vorliegenden Versorgungsansätze beruhen zwar auf zum Teil sehr unterschiedlichen Instrumenten der Qualitätssicherung, Organisationsgestaltung und Finanzierung. Was sie aber eint ist der computertechnische Fortschritt, die hierdurch begünstigte Entstehung netzwerkartiger oder organisierter Kooperationsformen¹¹ mit der ihr eigenen Tendenz zur Dezentralisierung von Prozessen und schließlich die im öffentlichen Raum heranwachsende Erkenntnis, dass es auf die Bedingungen vor Ort und den Lebensalltag der Menschen ankommt, wenn man diesen nachhaltig helfen will. Das wiederum ist für den herkömmlichen Sozialraumgedanken, so wie er in den klassischen Bereichen *kommunaler Daseinsvorsorge* wie etwa der geriatrischen Versorgung¹² oder der Jugendhilfe¹³ diskutiert wird, alles andere als neu.

Im Grunde genommen bewegen wir uns unter dem Dach des Sozialraums auf einer Diskussionsplattform, der sich nahezu alle relevanten politischen und wissenschaftlichen Trends der letzten Jahre zuordnen lassen: Governance, integrierte medizinische Versorgung, Patienten-, Teilhabe- und Sozialkontextorientierung, Prävention, Kooperation und Netzwerkbildung, Dezentralisierung und (Re-)Kommunalisierung von Versorgungsprozessen sind das eine und die daran anknüpfenden, vor allem jüngeren (und teilweise auch gescheiterten¹⁴) Reformen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, des Bundesteilhabegesetzes, der staatlichen Fürsorge sowie der Jugendhilfe mit ihren für personenorientierte Prozesse typischen Koordi-

- 7) Luhmann, N.: Politische Theorie im Wohlfahrtsstaat, München 1981, S. 94 ff.; Luthé, E.-W.: Dimensionen von „Integration“, „Kooperation“ und „Dezentralisierung“, in: Brandhorst/Hildebrandt/Luthé (Fußn. 5.), S. 33 ff., 34.
- 8) Und in der Theorie weiß man dies seit mehr als drei Jahrzehnten – im Kontext der Verwaltungswissenschaften und Organisationstheorie: Teubner, G./Willke, H.: Kontext und Autonomie: Gesellschaftliche Selbststeuerung durch reflexives Recht, Zeitschrift für Rechtssoziologie 1984, S. 4–35; Willke, H.: Kontextsteuerung durch Recht? Zur Steuerungsfunktion des Rechts in polyzentrischer Gesellschaft, in: Glasgow, M./Willke, H. (Hrsg.): Dezentrale Gesellschaftsteuerung, 1987, S. 3–26; Willke, H.: Kontextsteuerung und Re-Integration der Ökonomie – Zum Einbau gesellschaftlicher Kriterien in ökonomische Rationalität, in: Glasgow/Willke (ebd.), S. 155–172; für die Betriebswirtschaftslehre vgl. Naujoks, H.: Konzernmanagement durch Kontextsteuerung – die Relevanz eines gesellschaftstheoretischen Steuerungskonzepts für betriebswirtschaftliche Anwendungen, in: Schreyögg, G./Conrad, P. (Hrsg.): Managementforschung 4, 1994, S. 105–141, und Obring, K.: Strategische Unternehmensführung und polyzentrische Strukturen, München 1992.
- 9) Managed Care ist ein marktwirtschaftliches Versorgungs- und Versicherungskonzept mit dem Ziel einer effizienten Allokation knapper Mittel innerhalb eines medizinischen Versorgungsnetzes, das über das gesamte Kontinuum von Gesundheitsbedürfnissen hinweg Leistungen selbst erbringt oder ihre Erstellung organisiert.
- 10) Eine Accountable Care Organization ist ein horizontal oder vertikal integrierter Zusammenschluss von Leistungserbringern, welcher sich verpflichtet, die Gesundheitsversorgung einer definierten Population durch verstärkte Kooperation in der Leistungserbringung zu verbessern, wobei ein Teil der populationsorientierten Vergütung an Effektivitäts- und Effizienzziele geknüpft wird, deren Erreichung mittels eines Sets von Leistungskennzahlen geprüft wird. Eine Integration der Kostenträger ist anders als bei „Managed Care“ nicht vorgesehen.
- 11) Zu dieser für Konzeptentwicklung grundlegend wichtigen Unterscheidung vgl. Tacke, V.: Systeme und Netzwerke – oder: Was man an sozialen Netzwerken zu sehen bekommt, wenn man sie systemtheoretisch beschreibt, in: Fischer, J./Kosellek, T. (Hrsg.): Netzwerke und Soziale Arbeit, Weinheim/Basel 2013, S. 143 ff.
- 12) Hierzu nur – anstatt vieler – Klie, T.: Kooperation und Integration: die Herausforderung Rehabilitation vor Pflege, in: Brandhorst/Hildebrandt/Luthé (Fußn. 5), S. 263 ff., 272, 279.
- 13) Anstatt vieler: Luthé, E.-W.: Wettbewerb, Vergabe und Rechtsanspruch im Sozialraum der Jugendhilfe, NDV 2001, 247.
- 14) Wie zum Beispiel die Reform der Kinder- und Jugendhilfe: vgl. insofern das ursprüngliche Reformkonzept (Arbeitsfassung vom 23. August 2016 zur Vorbereitung eines Gesetzes zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen) mit dem neuen Gesetzentwurf der Bundesregierung vom März 2017 zum Gesetz zur Stärkung von Kindern und Jugendlichen, welches die ursprüngliche sozialräumliche Ausrichtung gänzlich aufgegeben hat.
- 15) Das ist genau einer derjenigen Aspekte, die eine Sozialraumpolitik genauer herauszuarbeiten hätte. Als Beispiele für bereits angelaufene und/oder umgesetzte Reformen, an die mit weiteren Maßnahmen angeknüpft werden könnte: spezifische Formen der Einzelfallsteuerung wie Hilfeplankonzepte, spezifische Formen der Infrastrukturentwicklung wie Experimentierklauseln und Innovationsfonds aller Art, spezifische Formen dezentraler Ressourcenverantwortung im Sinne eigenständiger Sozialraumbudgets oder im Sinne einer vollständigen oder teilweisen Risikoubertragung auf nicht staatliche Akteure mit korrespondierenden Berichts- und Controllingverpflichtungen, spezifische Formen der Bedarfssicherung wie Kombinationsleistungen mit variabel handhabbaren individuellen, infrastrukturellen und sektoriellen Leistungsbestandteilen, spezifische Formen der Schnittstellenbearbeitung im Sinne eines monitoringgeleiteten Entlass- und Casemanagements auf der Basis einer elektronischen Patienten- und Klientenakte, spezifische Formen der Behördenorganisation im Sinne kybernetischer Regelkreise zwischen System- und Einzelfallsteuerung, spezifische Formen der Rekommunalisierung im Zuge kommunaler Beteiligung an staatsebenenübergreifenden Planungsgremien sowie kommunaler Wahl- und Initiativrechte hinsichtlich verschiedener Integrations- und Verbundmodelle einschließlich eines Rechts der Wahl der jeweiligen Leistungserbringungsrechtlichen Finanzierungsformen, spezifische Formen der Zusammenarbeit zwischen Kommune und Sozialversicherung und vieles mehr.

nierungsformen¹⁵ sind das andere, was unter der Perspektive sozialräumlicher Strategiebildung und hier letztlich als Gegenstand der Gesundheits- und Sozialsystemforschung¹⁶ zu rekonstruieren wäre. Man könnte vor diesem weitgespannten Hintergrund selbstironisch vom Sozialraum auch als einer Eier legenden Wollmilchsau reden, wenn es nicht genau darum ginge.¹⁷

Nach allem aber dürfte deutlich werden, dass mit konzeptionellen Synergieeffekten gerechnet werden kann, wenn Gesundheits- und Sozialsektor aufeinander zugeführt werden. Was den Gesundheitssektor durch sein betriebswirtschaftliches und organisatorisches Know-how gegenüber dem Sozialsektor auszeichnet, hat dieser mit seinen besonderen Einsichten in die kommunalen und hier vor allem die psychosozialen und infrastrukturellen Kontextbedingungen sozialer Interventionen Ersterem voraus. Hierfür gibt es einen Grund: Als Aufgabe der *Daseinsvorsorge*¹⁸ ist die kommunale Verantwortung für die Gesundheit der Gemeindegänger/innen aufgehoben in der verfassungsrechtlichen Allzuständigkeit der Kommunen für die sog. Angelegenheiten der örtlichen Gemeinschaft, zu denen immer schon auch die gesundheitliche Versorgung gehörte, insofern sie nicht durch Gesetz in die Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung überführt wurde.¹⁹ Dies eröffnet den Kommunen ein breites Feld übergreifender Interventionsmöglichkeiten, sinnbildlich vom kommunalen Krankenhaus über die Umweltverträglichkeitsprüfung bis hin zur sog. Schulgesundheit. Das ist ein nicht unerhebliches Plus gegenüber der medizinischen Versorgung in Deutschland, die in ihren Möglichkeiten einer trägerübergreifenden Zusammenarbeit mit anderen staatlichen Versorgungsinstitutionen durch die Fixierung auf den Aufgabenbereich der Krankenkassen stark eingeschränkt ist. Hieraus ergibt sich eine weitere wichtige Konsequenz zum Verständnis bisheriger Modellannahmen: Vor allem die Jugendhilfe und neuerdings auch die Versorgung behinderter und pflegebedürftiger Menschen weisen dem Staat und insbesondere der daseinsvorsorgenden Kommune im Sozialraum eine aktive Rolle zu. Im deutschen System der integrierten (populationsorientierten) medizinischen Versorgung aber ist der Staat mit den gesetzlichen Krankenkassen derzeit nur noch als Financier vertreten. Das mag für sich genommen jeweils gute und schlechte Seiten haben; entscheidend ist, was hierbei als Lernerfahrung für die jeweils andere Seite mitgenommen werden kann.

4. Die Verschränkung des Sozial- und Gesundheitssektors

Aber es geht nicht nur um Lernerfahrungen, sondern auch um nützliche Wechselwirkungen zwischen beiden Bereichen. Man könnte es mit leicht normativer Einfärbung auf die einfache Formel bringen: keine Teilhabe ohne Gesundheit und keine Gesundheit ohne Teilhabe! Das ist nicht neu, aber gleichwohl weithin unerprobt. Ein jüngeres Beispiel aus Hamburg ist da die Ausnahme.²⁰ Hier lässt sich gut beobachten, wie Gesundheitsschutz und sozialer Kontext unter dem Dach eines Sozialraums nicht nur gut

zusammenspielen, sondern essenziell aufeinander angewiesen sind. So gibt es in Hamburg Stadtteile, in denen die Menschen im Durchschnitt eine um zwölf Jahre geringere Lebenserwartung haben, als dies in anderen Stadtteilen der Fall ist. In deprivierten Brennpunkten wie diesen mit überdurchschnittlich vielen Empfänger/innen von Fürsorgeleistungen und einem hohen Migrantenanteil hat man es, wie im Rahmen einer kleinräumigen Bedarfsanalyse u.a. unter Inanspruchnahme von Routinedaten der Krankenkassen festgestellt werden konnte, zwar mit einer höheren Krankheitslast, gleichwohl einer erheblich geringeren Ärztedichte zu tun. Krankenhäuser tragen hier funktionswidrig die Hauptlast der Gesundheitsversorgung. Dagegen wird mit dem Aufbau eines stadtteilbezogenen Integrationsnetzes im Wege einer interdisziplinär-fachübergreifenden Prävention, Akutversorgung und Rehabilitation und unter Einbeziehung von Sozialbehörden, sozialen Einrichtungen und Bürgern eine langfristige Präventions- und Versorgungsstrategie verfolgt, die gewissermaßen dort ansetzt, wo die Menschen leben. Der „soziale Raum“ ist hier von entscheidender Bedeutung. Denn mit den üblichen Mittelschichtslösungen der gesundheitlichen Versorgung kommt man in diesem schwierigen Umfeld nicht weiter. Man muss zunächst eine Sprachfähigkeit und Kontaktpunkte dafür entwickeln, um beurteilen zu können, welche Bürger mit welchen Ansätzen erreicht und in ihrer Gesundheitskompetenz gestärkt werden können. Sodann geht es um die Entwicklung planvoll miteinander verzahnter Projekte im sozialen Nahraum der Stadtteilbewohner/innen und nicht zuletzt um die Einführung einer IT-Infrastruktur für die teilnehmenden Ärzte, die es diesen erlaubt, ihren Patienten alle wichtigen Daten und Befunde zur Verfügung zu stellen, und zwar auf deren eigenen Smartphones.

Gelingt dieses Experiment und können die Gesundheitskosten in den betreffenden Stadtteilen dem durchschnittlichen Kostenniveau in Deutschland zumindest angenähert werden, so profitieren letztlich beide Seiten von dieser Art

16) Zumindest im Gesundheitssektor ist die Systemforschung ein gut eingeführter Ansatz: Schwartz, F. W./Busse, R.: Denken in Zusammenhängen: Gesundheitssystemforschung, in: Schwartz, F. W./Walter, U./Dierks, M.-L./Kolip, P./Leidl, R./Siegrist, J./Schneider, N./Busse, R. (Hrsg.): Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. 3. Aufl., München 2012, S. 555–582.

17) „Wollmilchsäue“ sind bei politischen Ideen mit Neuheitswert zunächst immer im Spiel und daher grundsätzlich ernst zu nehmen. Im Kern geht es darum, diffuse Anfangserwartungen („Wollmilchsäue“) unter der Perspektive ihrer Machbarkeit auf sich selbst anzuwenden und im Austesten einer prinzipiell unbekannt bleibenden Außenwelt der Möglichkeit weiterer Spezifikation auszusetzen, also letztlich darum, innerhalb und mittels eines Themenkomplexes „Eigenwerte“ zu generieren; vgl. Luhmann, N.: Die Wissenschaft der Gesellschaft, Darmstadt 1992, S. 113 ff.; ferner Luthé, E.-W.: Sozialtechnologie, ArchsozArb 2003, S. 2 ff.

18) Luthé, E.-W.: Gesundheitliche Daseinsvorsorge heute – theoretische Perspektiven, in: Wendt, W. R. (Hrsg.): Soziale Bewirtschaftung von Gesundheit, Wiesbaden 2017, S. 21 ff.

19) Burgi, M. (Hrsg.): Kommunale Verantwortung und Regionalisierung von Strukturelementen in der Gesundheitsversorgung, Baden-Baden 2013, S. 31 f.; Luthé, E.-W.: Gesundheitliche Versorgung und kommunale Selbstverwaltungsgarantie, in: Luthé, E.-W. (Hrsg.): Kommunale Gesundheitslandschaften, Wiesbaden 2013, S. 55–66.

20) „Die Hebelkraft in deprivierten Regionen ist höher“, Interview mit Cornelia Prüfer-Storcks und Helmut Hildebrandt, in: Versorgungsforschung 2/17, auch unter https://optimedis.de/files/Medienberichte/MVF_Titelinterview.pdf.

21) Wobei – rein vorsorglich zur Vermeidung von Missverständnissen – nicht nur die Finanzierungsvariante des Einsparcontracting zur Verfügung steht, wie andere Modelle zeigen (etwa die Capitation-Finanzierung, spezifische Leistungs komplexschalen, „Pay for Performance“-Finanzierung und Risk-Share-Modelle).

des „Einsparcontracting“: die beteiligten Anbieter ebenso wie die Krankenkassen, deren Refinanzierung dann aus der Teilung des erwirtschafteten Einsparertrages erfolgt. Das Modellvorhaben reicht über die bislang gewohnten krankenkassenfixierten Träger- und Sektorengrenzen weit hinaus und könnte als sozialräumlicher Ansatz der Gesundheitsversorgung bundesweit Schule machen.²¹ Allerdings dürften für die *Akteure kommunaler Daseinsvorsorge* hierbei noch viele Fragen offen sein. Es wäre wohl zu kurz gegriffen, sich im Blick auf potenzielle Nachahmer allein auf ein politisches Interesse an intakten Verhältnissen zu verlassen. Zumal: Gesundheitspolitisch auf eine gut ausgebaute soziale Infrastruktur bzw. auf einen gut vernetzten kommunalen Sozialraum zu setzen, der sich bei näherer Betrachtung ggf. aber als medienwirksame Chimäre entpuppt; damit ist niemandem geholfen. Gerade in diesem Punkt kommunaler Beteiligung wäre konzeptionell mithin noch vieles zu tun – von leistungssteuernden Sozialraumbudgets innerhalb und/oder zwischen Jugendamt/ Sozialamt/Gesundheitsamt (usw.)²² über Möglichkeiten gewinnträchtiger Beteiligung der Kommune an gesundheitlichen Aufgaben bis hin zu engeren Formen²³ der Zusammenarbeit zwischen Kommunen und Bundesbehörden wie den Sozialversicherungen.

5. Schluss

Sozialraumpolitik ist eine Politik jenseits von rechts und links. Und der Autor dieser Zeilen fragt sich, ob dies von Vorteil oder von Nachteil ist. ■

22) Hierbei handelt es sich um eine integrierte (sozialräumliche) Versorgung mit prospektiver Finanzierung, risikoadjustierter Pauschalfinanzierung und begleitendem Case Management zur Bewältigung von Schnittstellen zwischen Sektoren, Berufsgruppen und Betreuungseinrichtungen auf der Basis ausschreibungspflichtiger Versorgungsverträge, ggf. mit zumindest teilweiser Verlagerung des finanziellen Risikos auf die Anbieter im Rahmen eigener Budgetverantwortung.
 23) In den Grenzen des Mischverwaltungsverbots, versteht sich.



Sowohl die historische Bedeutung von Glaubensgemeinschaften für die Wohlfahrtsstaatsentwicklung als auch aktuell anhaltende religiöse Pluralisierungstendenzen stellen die Annahme einer Säkularisierungsthese für die Soziale Arbeit und die Erbringung Sozialer Dienste grundlegend infrage. Diese Publikation setzt sich in diesem Kontext mit der Bedeutung von Glaubensgemeinschaften für die regionale Wohlfahrtserbringung auseinander.

2017, 312 Seiten, broschiert, € 29,95; ISBN 978-3-7799-3672-5
 Auch als **E-Book** erhältlich



Mit dieser Studie wird ein Beitrag zur Empirie der Offenen Kinder- und Jugendarbeit geleistet. Die Ergebnisse zeigen sowohl Kontinuität als auch neue Entwicklungen und Potentiale.

2017, 212 Seiten, broschiert, € 29,95; ISBN 978-3-7799-3485-1
 Auch als **E-Book** erhältlich