

Kommunale Gesundheitsplanung zwischen WHO-Konzept, gesetzlichem Auftrag und struktureller Rationierung

In vielen Bundesländern sind aufgrund gesetzlicher Vorgaben und auf Basis konzeptioneller Vorarbeiten etwa der WHO (World Health Organization) kommunale Strukturen für Gesundheitsberichterstattung, Gesundheitsplanung und Gesundheitspolitik beim öffentlichen Gesundheitsdienst entstanden. Diese top-down-angelegten Strukturen geraten unter den schwierigen finanziellen Bedingungen unter Druck. Parallel und weitgehend unabhängig davon verstärken sich kommunale gesundheitspolitische Diskussionen aufgrund aktueller impliziter Rationierungsmaßnahmen, welche die Wohnortnähe der gesundheitlichen Versorgung einschränken. In diesen Diskussionen wird oftmals strukturiertes und planerisches Handeln erforderlich, was nicht selten durch Inanspruchnahme kostspieliger externer Partner gewährleistet wird.

Diese Parallelprozesse sollten durch eine Professionalisierung des ÖGD (Öffentlicher Gesundheitsdienst) zusammengeführt werden, da die kommunale Verantwortung für Gesundheit absehbar zunehmen und mit zunehmender Unterschiedlichkeit gesundheitlicher Verhältnisse Gesundheit mehr Gewicht als Standortfaktor erlangen wird. Notwendig dafür ist jedoch eine auf kommunale Belange abgestimmte Weiterentwicklung von Planungsstrukturen und -methoden im ÖGD. Von einer Etablierung politiknaher Strukturen der Gesundheitsplanung am ÖGD sind dabei sowohl fachliche wie finanzielle Vorteile gegenüber der externen Vergabepaxis zu erwarten.

■ Bertram Szagun und Wolfgang Wasel

Aktuelle Situation der kommunalen Gesundheitsplanung

In vielen Bundesländern wurde in den vergangenen Jahren mit einer entsprechenden Landesgesetzgebung die Basis für eine kommunale Gesundheitsplanung gelegt. Zentrale Planungsgrundlage sollte dabei die durch den öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführte Gesundheitsberichterstattung darstellen, die rationale gesundheitspolitische Entscheidungen ermöglichen sollte. In unterschiedlichem Maße wurden auch Planungsstrukturen gesetzgeberisch verankert, so etwa in Nordrhein-Westfalen und ähnlich in Berlin die Strukturen zur ortsnahen Koordinierung^{1,2}, die Gesundheitskonferenzen, andernorts wie etwa in Baden-Württemberg wurde die Gesundheitsberichterstattung zwar gesetzgeberisch verankert, ohne jedoch ihre planerische Zielsetzung zu konkretisieren³.

Konzeptuelle Grundlage war einerseits das „Health for All“-Programm der World Health Organization⁴, aber auch die zunehmende Notwendigkeit einer bedarfsorien-

tierten Allokation begrenzter Mittel, welche zur Schaffung der „Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen“ führte⁵.

Die heutige Bilanz stellt sich eher düster dar. In Baden-Württemberg existiert nur in einer Hand voll der Städte und Landkreise eine nennenswerte Gesundheitsberichterstattung, auch in Nordrhein-Westfalen und Berlin dominiert Ernüchterung bis Resignation das Bild der Gesundheitskonferenzen als Strukturen einer kommunalen Gesundheitsplanung. Die Etablierung einer kommunalen Gesundheitsplanung – und damit einer kommunalen Gesundheitspolitik – muss trotz gesetzgeberischer Verpflichtung als nicht gelungen betrachtet werden. Was aber ist die Grundlage des bisherigen Scheiterns?

Verschiedene Probleme haben die Etablierung der Gesundheitsberichterstattung und Planung be- bzw. verhindert:

- **Fehlende Datengrundlagen:** Um planerisches Handeln auf eine quantitative Grundlage zu stellen, benötigt die lokale Gesundheitsberichterstattung entsprechend fein gegliederte, prospektive und auch monetäre Aspekte veranschaulichende Daten. Diese sind durch die Zergliederung unseres Gesundheitssystems kaum zu er-

Szagun, Bertram, Prof. Dr. MPH, Hochschule Ravensburg-Weingarten; Wasel, Wolfgang, Dr., St. Anna-Hilfe GmbH, Stiftung Liebenau, Sozialdezernent des Bodenseekreises a. D.

halten, geschweige denn in der notwendigen kleinräumigen Gliederung mit handlungsleitenden Vergleichsmöglichkeiten der Regionen untereinander.

- **Chronische Ressourcenknappheit:** Schon der Aufbau der regionalen Gesundheitsberichterstattung fiel vielerorts in von Sparzwängen gekennzeichnete Zeiten, was den strukturellen Aufbau teils erschwerte, teils verunmöglichte. Das verbreitete Selbstverständnis der durchführenden Personen vor Ort führte darüber hinaus oftmals dazu, dass Gesundheitsberichterstattung als eine Art „Bedarfsdetektor“ zwar teilweise zur Professionalisierung der lokalen Mittelakquisition führte⁶ jedoch nicht zu einer rationalen Mittelsteuerung im Interesse der Kommunalpolitik.
- **Strukturelle Trägheit des ÖGD:** Der stark individualmedizinisch und ärztlich dominierte ÖGD tat sich von Anfang an schwer, Public-Health-dominierte Aufgaben wie Gesundheitsplanung und Gesundheitsberichterstattung konzeptionell einzubinden beziehungsweise aufzubauen. Die Annäherung von Public Health und ÖGD stellt aufgrund der Sozialisierung vieler ÖGD-Mitarbeiter eine Generationenaufgabe dar⁷. Speziell die häufig traditionellen Leitbilder der ÖGD-Führungsebene spielen für die Weiterentwicklung eine zentrale – und oftmals hemmende – Rolle.
- **Ungenügende Einbindung in lokale Planungsprozesse:** Als Hauptproblem stellte sich jedoch der Versuch einer mittels eines Top-Down-Prozesses induzierten Einführung einer kommunalen Steuerungs- und somit Politikebene dar. Sofern lokale Planungsgremien wie etwa Gesundheitskonferenzen etabliert wurden, wurden diese nicht selten als „Konkurrenz“ zu kommunalen Ausschüssen wahrgenommen. In Baden-Württemberg wurde die Etablierung von Strukturen der Gesundheitsplanung seitens der Landkreise aus ähnlichen Gründen sogar explizit abgelehnt und damit verhindert.

Letzteres Problem verdient eine nähere Betrachtung. Die Etablierung einer kommunalen Gesundheitsplanung impliziert einen kommunalen Steuerungs- und Politikbedarf, über den in der Vergangenheit teils trefflich zu streiten war.

Aus Sicht der oben genannten konzeptionellen Vorarbeiten etwa der WHO besteht ohne Zweifel ein hoher Bedarf an einer lokalen Gesundheitspolitik auf Basis der Gesundheits- und Sozialberichterstattung. So stellen die Existenz von Berichterstattung und Planungsstrukturen etwa Kriterien für die Aufnahme von Städten in das Gesunde-Städte-Netzwerk dar⁸. Planerisches Handeln dient dabei der Schaffung sozialer und gesundheitlicher Gerechtigkeit, der anwaltlichen Stärkung von Strukturen für „mehr Gesundheit“ und der Verbesserung von Teilhabemöglichkeiten für Bürgerinnen und Bürger im Sinne der Ottawa-Charta⁹.

Die Perspektive der lokalen Politikvertreter ist jedoch häufig eine andere: Regionale Planung ist dort notwendig, wo es um die rationale Verwendung eigener Mittel geht bzw. darüber hinaus Standortfaktoren eine Rolle

spielen. Beides ist aus kommunaler Sicht im Gesundheitsbereich nur eingeschränkt der Fall. Die kommunalen Zuständigkeiten im enger definierten Gesundheitsbereich sind begrenzt, sie beziehen sich etwa auf den Bereich der Gemeindepsychiatrie, Suchtkoordination oder gesundheitsnahe Felder wie etwa die Jugendhilfe. In den klassischen Planungsbereichen gesundheitlicher Versorgung aber liegt planerisches Handeln bisher nicht in Händen des Kreises oder der Stadt, da es durch die Organe der Selbstverwaltung, etwa Kassenärztliche Vereinigungen im Bereich der ambulanten Versorgung oder aber andere Verwaltungsebenen, etwa die Landesebene bei der Krankenhausplanung, erfolgt¹⁰. Dadurch wird aus kommunaler Sicht „Gesundheit“ oftmals als klassisch „staatliches“, und nicht kommunales Aufgabengebiet angesehen (Situation in Baden-Württemberg siehe Grafik 1). Dieser Perspektive gegenüber haben aus WHO-Konzepten stammende eher idealistisch geprägte Argumente unterstützt vom eher diffusen Auftrag der kommunalen Daseinsvorsorge in Zeiten knapper Mittel kaum Chancen und fallen den aktuell allgegenwärtigen Sparzwängen häufig zum Opfer.

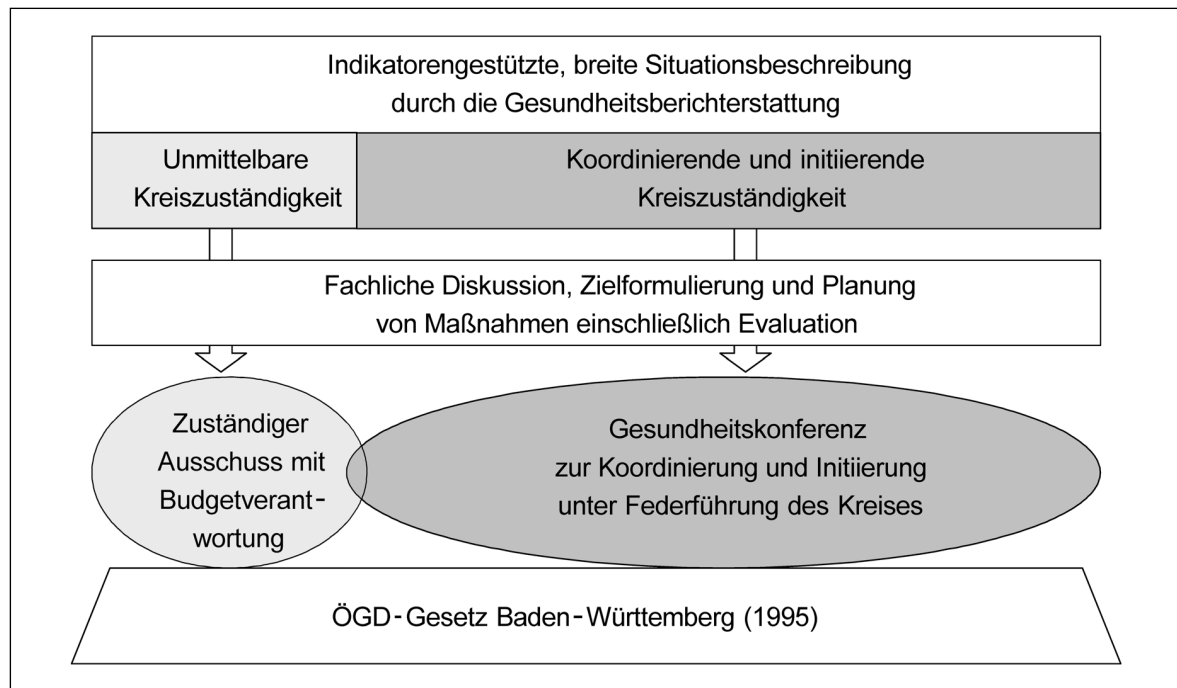
Die aktuelle gesellschaftspolitische Entwicklung ist für die Weiterentwicklung kommunaler Gesundheitsplanung von großer Bedeutung. Die Kernfrage dabei ist, ob es zukünftig mehr oder weniger Bedarf an kommunaler Gesundheitspolitik geben wird, denn an ihr entscheidet sich, ob diese wie bisher als kommunales „Luxusgut“ betrachtet werden wird. Sollte letzteres der Fall sein, wird eine Etablierung weiterhin nur in Ausnahmefällen aufgrund lokaler „Stakeholder“ erfolgen.

Wichtige absehbare Entwicklungen sind zum einen die gesellschaftlichen Alterungsprozesse, zum anderen die teils dadurch hervorgerufene Verschärfung von Knappheitsdiskussionen und Sparbemühungen. Im Rahmen der in den kommenden Jahren zu erwartenden dramatischen Überalterung der Bevölkerung werden sich bisher nicht gekannte Verschiebungen im gesundheitlichen Versorgungsbereich ergeben. Diese sind zum Teil voraussehbar, was ein strukturiertes planendes Vorgehen sinnvoll und regional ertragreich macht und somit allgemein planerischem Handeln im kommunalen Raum Vorschub leisten wird.

Größeren Einfluss wird jedoch die schon heute absehbare, sich verschärfende Ressourcenknappheit im Sozial- und Gesundheitswesen haben. Traditionell besteht sowohl im ambulanten wie stationären Versorgungsbereich eine weitgehend engmaschige Vollversorgung, die nur zu kleinerem Teil auf kommunalen Politikzielen beruht, in erster Linie aber zu besseren Zeiten staatlich beziehungsweise durch Organe der Selbstverwaltung organisiert wurde.

Die bisher gewohnte Verlässlichkeit wird jedoch schon aktuell und zukünftig noch weit stärker in Frage stehen. Um den großen Einfluss angebotsinduzierter Nachfrage im Gesundheitswesen wissend zielen schon heutige Reformbemühungen auf eine Reduktion des gesundheitlichen Versorgungsangebots, um gleichzeitig die Nachfrage

**Grafik 1: Gesundheitsberichterstattung und -planung und Kreiszuständigkeiten in Baden-Württemberg
Zukünftige Entwicklung kommunaler Gesundheitsplanung**



Quelle: eigene Darstellung

und somit Kosten zu dämpfen. So ist etwa ein explizites Ziel der Einführung von Diagnosis Related Groups im Krankenhausbereich der Abbau von Klinikkapazitäten, konkret die Schließung einer großen Zahl von Kliniken. Im Rahmen der darum geführten Diskussionen wird der Begriff der „Rationierung“ wegen des heute noch bestehenden Skandalrisikos zwar konsequent gemieden. Praktisch handelt es sich aber, sofern Wohnortnähe als Qualitätsmerkmal gesundheitlicher Versorgungseinrichtungen akzeptiert wird, um eine implizite Form der „strukturellen“ Rationierung. Dass das Reformziel der Angebotsreduktion aufgehen wird, zeigt sich an den allenthalben aufkommenden Diskussionen um den Zuschussbedarf der stationären Einrichtungen, die von öffentlichen Mitteln abhängen.

Diese Diskussionen sind hochpolitisch und finden zu einem großen Teil in den politischen Gremien von Kreisen oder Städten statt, was als ein Indiz dafür verstanden werden kann, dass eine kommunale Gesundheitspolitik mindestens latent schon heute existiert. Oftmals fällt es vor Ort schwer, mit den anstehenden Fragen kompetent umzugehen, da es zu einer unüberschaubaren Gemengelage des politischen Gewichts bestimmter lokal wichtiger Akteure, fehlender Objektivierung einer Vielfalt unterschiedlicher Informationen und eines gleichzeitig ungenügenden Informationsstandes über die aktuelle und zukünftige Bedarfslage kommt. Im lokalen Entscheidungsprozess wird daher häufig externe Hilfe in Anspruch genommen, um professionelles und strukturiertes Handeln auf objektiven Grundlagen zu ermöglichen. Anders for-

muliert findet aktuell eine kommunalpolitisch induzierte Gesundheitsplanung oft schon statt, aber unter Zuhilfenahme externer, meist recht kostspieliger Partner.

Vor allem aus zwei Gründen werden diese Prozesse kommunaler Gesundheitsplanung zukünftig nicht etwa abebben, sondern zunehmen. Der erste liegt in der zukünftigen Verschärfung der Sparbemühungen, welche etwa ambulante Bereiche nicht unverschont lassen wird. Genannt seien an dieser Stelle etwa fachärztliche Versorgungsbereiche und allgemein der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen als chronische Themen der gesundheitspolitischen Diskussionen. Ähnliche politische Diskussionen wie heute bei den stationären Einrichtungen werden sich daher zukünftig auch in anderen Bereichen ergeben.

Der zweite noch schwergewichtigere Aspekt ergibt sich aus der oben angeführten strukturellen Rationierung selbst. Diese führt in den Regionen zu vielfältigen Diskussionen um erhaltenswerte Strukturen und Investitionen der öffentlichen Hand. Ablauf und Ausgang der Diskussionen hängen von unterschiedlichen Faktoren ab, vom Grad der Professionalität, Standortfaktoren, Spektrum und Machtverteilung der lokalen Akteure und nicht zuletzt von der Finanzkraft der öffentlichen Hand vor Ort. Entsprechend werden die durch „staatlichen“ Rückzug verursachten Lücken sehr unterschiedlich aufgefangen. Dies führt ganz zwangsläufig zu einer Diversifizierung der gesundheitlichen Versorgungslandschaft, nämlich je nachdem, inwieweit sich in der jeweiligen Region Kräfte

finden, dem Abbau entgegenzustehen bzw. dafür zu investieren (siehe dafür auch Grafik 2).

Kreise und Städte stehen schon heute in einem erheblichen Wettstreit um so genannte Standortfaktoren wie etwa Infrastruktur, Freizeitwert und Bildungsangebot. Gesundheit wurde in dieser Aufzählung zwar oft genannt, spielte aufgrund der relativen Einheitlichkeit der Verhältnisse aber eine weniger große Rolle. Dies wird sich mit der Diversifizierung der Verhältnisse zukünftig ändern und der Prozess bekommt weiteren Schub durch das zukünftige Marktpotenzial gesundheitlicher Angebote in einer überalterten Gesellschaft. Gesundheit ist somit auf dem Weg, ein schwergewichtiger Standortfaktor zu werden. Gewichtige Standortfaktoren sind aber ein kontinuierliches kommunalpolitisches Steuerungs- und somit auch Planungsthema, wie etwa der Straßenbau eindrücklich zeigt. In diese Richtung geht der Weg auch im Gesundheitsbereich, sobald die regionalen Unterschiede signifikant genug werden: Gesundheitsplanung wird sich damit voraussichtlich vom Luxusgut zum lokalpolitischen Dauerbrenner entwickeln.

Im Rahmen dieser Entwicklung lässt sich prognostizieren, dass der heute noch zu beobachtende Trend eines Rückzugs kommunaler öffentlicher Träger aus dem Versorgungsbereich sich vielerorts umkehren wird. Mit unserer Gewöhnung daran, dass keine „staatlich“ finanzierte ortsnahe Vollversorgung mehr zu erwarten ist, wird es in nicht allzu langer Zeit selbstverständlich werden, dass eine attraktive ortsnahe Versorgungslandschaft entsprechende Investitionen der öffentlichen Hand voraussetzt.

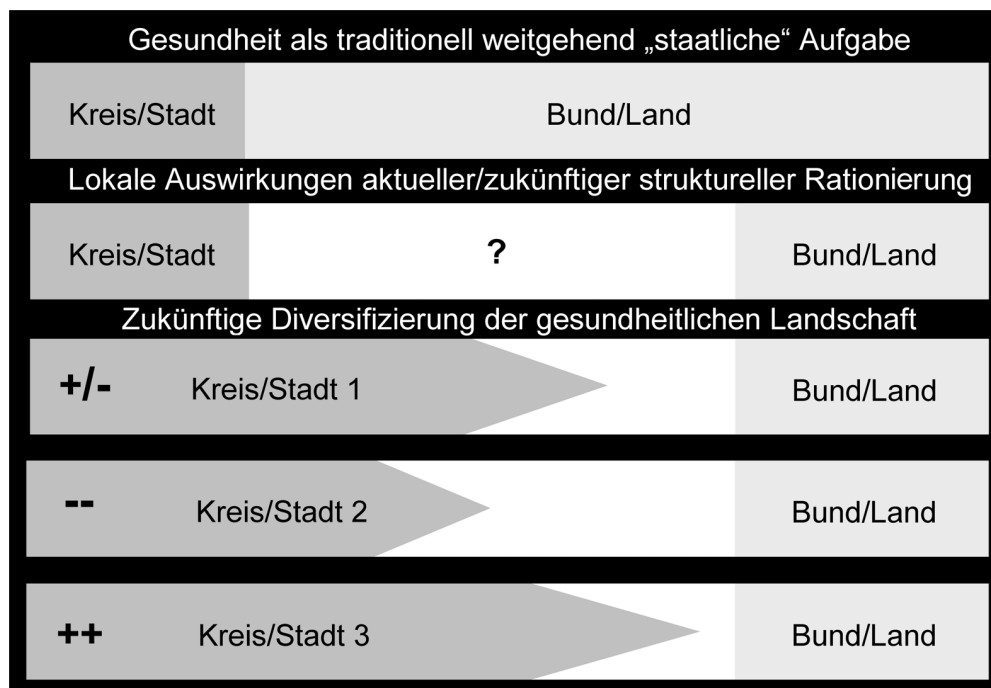
Somit steigt parallel zum Gewicht von Gesundheit als Standortfaktor auch ihr kommunalpolitisches und damit Gewicht als Planungsgegenstand. Wir stehen somit einem Bottom-Up-Prozess für Gesundheitsplanung und damit auch Gesundheitsberichterstattung gegenüber¹¹ der völlig andere Charakteristika aufweist als oben beschriebener Top-Down-Prozess. Ziele des Planungsprozesses sind Stärkung des Standortes, lokaler Interessenausgleich bei Sparmaßnahmen und letztlich eine vernünftige Steuerung nicht unerheblicher Finanzströme der öffentlichen Hand. Mit den Zielen sind auch die Anforderungen an den Planungsprozess und die Strukturen, in denen dieser stattfindet, unterschiedlich. Daher findet er weitgehend unabhängig vom öffentlichen Gesundheitsdienst und gänzlich ohne gesetzliche Grundlage statt, weitgehend unter Einbezug darauf spezialisierter Unternehmensberatungen.

Wir finden damit mancherorts gleichzeitig eine kränkelnde gesetzlich basierte neben einer gedeihenden auf aktuellen Fragestellungen von Kreis oder Stadt beruhende kommunale Gesundheitsplanung vor. Diese Situation entbehrt nicht einer gewissen Absurdität und legt die Frage nahe, ob sich diese Prozesse nicht zusammenführen lassen.

Gegen eine Zusammenführung sprechen zunächst einmal zurzeit fehlendes Know-how und mangelnde Ressourcen im öffentlichen Gesundheitsdienst sowie die unterschiedlichen konzeptionellen Ansätze. Folgende Anforderungen über den heutigen Stand hinaus wären an die Planung zu stellen:

- **Methoden:** Die heute bestehenden Indikatorensätze für die Gesundheitsberichterstattung müssen für lokale Belange erweitert und flexibilisiert werden. Notwendig

Grafik 2: Strukturelle Rationierung mit Auswirkungen auf die lokale Ebene (Diversifizierung ≠ vermehrtes Gewicht von Gesundheit als Standortfaktor)



Quelle: eigene Darstellung

wären etwa die Entwicklung prognostischer Instrumente (etwa durch stärkeren Einbezug von Bevölkerungsprognosen), ein höheres Maß an Kleinräumigkeit und der Einbezug gesundheitsökonomischer Aspekte in jede Analyse.

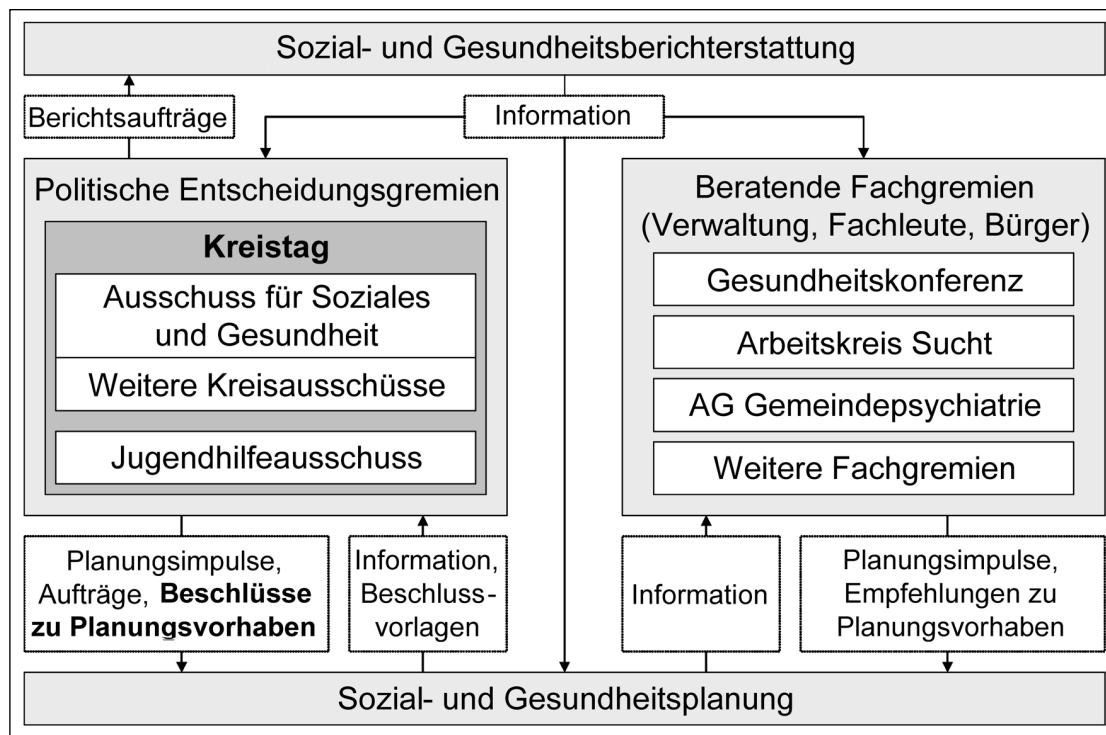
- **Perspektive:** Das Selbstverständnis von Berichterstattung und Planung müsste von der heute oft anzutreffenden Fokussierung auf Bedarfslücken (Unterversorgung) weiter entwickelt werden in Hinblick auf eine kritische Analyse auch von Über- und Fehlversorgung.
- **Kommunikation:** Mit dem Perspektivwechsel verbunden ist ein deutlich höherer Anspruch an die kommunikativen Kompetenzen im Planungsfeld. Es kann auch im kommunalpolitischen Raum um viel Geld gehen, entsprechend hart wird gestritten werden. Das auf Bundesebene häufig verwandte Bild des „Haifischbeckens“ Gesundheitspolitik hat auch regional seine Berechtigung¹². Die am ÖGD angesiedelte Gesundheitsplanung müsste ihre kommunikative Kompetenz – speziell auf der Führungsebene – weiterentwickeln.
- **ÖGD-Entwicklung:** Das Selbstverständnis und Leitbild des ÖGD müsste sich in Richtung auf eine aktive Politikgestaltung weiterentwickeln. Die Wahrscheinlichkeit speziell für diese Entwicklung ist momentan insofern begrenzt, da viele ÖGD-Mitarbeiter die aktuelle Ausweitung von Gutachtentätigkeiten etwa im Rahmen von Hartz IV begrüßen und fördern und insofern einer „Rückentwicklung“ in Richtung auf einen sehr ärztlichen und wenig politischen ÖGD Vorschub leisten.
- **Strukturelle Klarheit:** Breit angelegte Planungsgremien wie etwa Gesundheitskonferenzen haben aufgrund der

Vielgestaltigkeit der gesundheitlichen Landschaft eine potenziell wichtige Funktion im Planungsprozess. Sie müssten aber in ihren Möglichkeiten und Grenzen klar definiert werden, um heute oft bestehende Konkurrenzsituationen zu politischen Kreisgremien zu vermeiden (siehe als Beispiel Grafik 3, Position und Einbindung breit besetzter Planungsgremien im Bodenseekreis).

Diese Anforderungen erscheinen hoch, manchem vielleicht zu hoch, als dass sich die Vereinheitlichung der Gesundheitsplanung lohnen könnte. Die Argumente für eine Zusammenführung wiegen jedoch ebenfalls schwer:

- Eine diesbezügliche Professionalisierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes lohnt sich nicht für ein einzelnes Planungsprojekt. Es ist aber aufgrund oben beschriebener gesellschaftlicher Prozesse mit der dauerhaften Etablierung des Politikfeldes Gesundheit zu rechnen. Es werden daher laufend neue Fragestellungen auftauchen, die eine strukturierte und professionelle Bearbeitung erfordern. Die Vergabe an externe Partner ist meist mit erheblichen Kosten verbunden und kommt bei häufigerem Bedarf deutlich teurer.
- Eine Bearbeitung innerhalb des ÖGD birgt die Chance, Bürger und Politik stärker einzubinden und so den oftmals schwierigen Interessenausgleich im Vorfeld von Entscheidungen zu optimieren.
- Mit der im Laufe der Zeit eintretenden Vernetzung einer lokalen Gesundheitsplanung mit den örtlichen Strukturen und Institutionen entwickeln sich bessere Möglichkeiten, Problemstellungen früh auszumachen und effektiver zu bearbeiten.

Grafik 3: Strukturelle Einbindung breit besetzter Planungsgremien in die Kreispolitik am Beispiel Bodenseekreis



Quelle: eigene Darstellung

- Durch eine sektorenübergreifende Herangehensweise entsteht fachlicher Gewinn, da die Aspekte von ambulanter und stationärer Versorgung wie auch Prävention und Gesundheitsförderung und auch politisch wichtige Zielsetzungen wie sozialer Ausgleich eher einbezogen werden können.
- Durch geeignete Planungsverfahren gelingt es eher, partizipative Elemente in die Prozesse einzubeziehen und dadurch zum einen die oben genannte höhere Akzeptanz, zum anderen aber auch zukünftig wichtiger werdende Potenziale an ehrenamtlicher Arbeit etwa durch Selbsthilfegruppen und engagierte Bürgerinnen und Bürger einzubeziehen^{13, 14}.
- Zu erwarten sind deutliche Synergien zur lokalen Umsetzung eines Präventionsgesetzes, da dieses planerisches Vorgehen wie etwa Zielorientierung, Orientierung an Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität sowie koordinierende Funktion auf Kreis- oder Stadtebene zur Implementierung lebensweltbezogener Gemeinschaftsaktionen fördern und fördern wird¹⁵.

Resümee:

Die heute absehbaren gesellschaftlichen Entwicklungen werden erhebliche Auswirkungen auf die kommunale Ebene haben, zur regionalen Unterschiedlichkeit gesundheitlicher Bedingungen beitragen, dem Standortfaktor Gesundheit deutlich mehr Gewicht verleihen und dadurch eine stärkere Etablierung kommunaler Gesundheitspolitik bewirken. Diese letztlich durch Rationierung hervorgerufenen Effekte können nicht begrüßt, wohl aber zu einem Großteil vorausgesehen werden.

Finanzielle und fachliche Argumente könnten dafür sprechen, den öffentlichen Gesundheitsdienst auf die anstehenden kommunalpolitischen Aufgaben einzustellen, dies zunächst einmal völlig unabhängig davon, ob er heute aufgrund lokaler Gegebenheiten oder gesetzlicher Vorgaben schon kommunalpolitische Funktionen erfüllt. Sofern letzteres der Fall ist, liegt es nahe, existierende Strukturen einzubinden und weiter zu entwickeln. Besonders Augenmerk verdient dabei die methodische

Weiterentwicklung der Gesundheitsberichterstattung im Hinblick auf kommunale Belange, konzeptuelle und perspektivische Ausrichtung der Planung sowie die Klarheit von Möglichkeiten und Grenzen bestehender Planungsstrukturen.

Massive Gegenströmungen existieren in der momentan kommunalpolitisch gewollten Renaissance des ÖGD als Gutachtenstelle. Durch sie werden Beharrungskräfte gestärkt und einer Rückentwicklung des ÖGD vom kommunalpolitischen Koordinator zur individualmedizinischen Fachbehörde Vorschub geleistet.

Literatur:

- 1 Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst Nordrhein-Westfalen, Landtag NRW, 1.1.1998
- 2 Gesundheitsdienst-Gesetz, Abgeordnetenhaus Berlin, 23.6.1994
- 3 Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst, Landtag Baden-Württemberg, 28.12.1994
- 4 WHO-Programm, regionale Strategie zum Erreichen des Ziels „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“, WHO 2.9.1982
- 5 Schwartz FW. Medizinische Orientierungsdaten – eine Herausforderung an das Gesundheitswesen. Das öffentliche Gesundheitswesen 1987; 5: 229-233
- 6 Szagun B, Kiß B. Gesundheitsberichterstattung: Instrument zur intelligenten Ressourcensteuerung oder geschickte Mittelakquisition – Bestandsaufnahme und Aussichten. Gesundheitswesen 2003; 65: A79
- 7 Szagun B. Kooperation ÖGD – Public Health: Und das Glas füllt sich doch. Gesundheitswesen 2004; 66(4): A281
- 8 Gesunde Städte-Netzwerk: Kriterien für die Teilnahme am Gesunde Städte-Netzwerk der Bundesrepublik Deutschland. Satzung, verabschiedet 11.6.1999
- 9 WHO: Ottawa-Charter for Health Promotion. First international Conference on Health Promotion, Ottawa, 21.11.1986
- 10 SGB V
- 11 Szagun B. Rationierung im Gesundheitswesen – Bottom-Up-Prozess für die kommunale Gesundheitsberichterstattung? Gesundheitswesen 2004; 66(A): 623
- 12 Szagun B, Kiß B. Der ÖGD als Koordinator in der gesundheitlichen Versorgung – Bedingungen für und Chancen durch einen offensiven Rollenwechsel. Gesundheitswesen 2002; 64: A10
- 13 Szagun B. Bürger- und Patientenpartizipation als Qualitätsaspekt regionaler Rationierungsentscheidungen im Bodenseekreis. Gesundheitswesen 2003; 65: A64
- 14 Rütten, A.: Kooperative Planung und Gesundheitsförderung: ein Implementationsansatz, in: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 1997; 5(3): 257-272
- 15 Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der gesundheitlichen Prävention. Bundesministerium für Gesundheit und Soziales, 2.2.2005.