

VIII.2. Partizipative Gestaltung der Transformation des Gesundheitswesens? Das Beispiel der Werkstatt ZUKUNFT.GESUNDHEIT.THÜRINGEN.2030

Jens Kretzschmar, Uta Maercker, Antje Görnhardt

1. Einleitung

Das Gesundheitswesen ist aktuell von vielen Herausforderungen gekennzeichnet u. a. dem Fachkräftemangel, den Chancen und Grenzen der Digitalisierung sowie Fragen der Finanzierung in Verbindung mit dem demographischen Wandel. Mit Hilfe des Werkstattprozesses ZUKUNFT.GESUNDHEIT.THÜRINGEN.2030, welcher im vorliegenden Artikel beschrieben wird, wurde der Versuch gestartet, in einem partizipativen Vorgehen für Thüringen Lösungen für die eingangs genannten Herausforderungen zu finden, die in der Zuständigkeit des Bundeslandes liegen. Dabei zeigten sich gleichzeitig Reformbedarfe, die in der Zuständigkeit des Bundes liegen und an diesen aus dem Werkstattprozess heraus kommuniziert werden. Der Werkstattprozess ist grundsätzlich längerfristig angelegt und widmet sich unterschiedlichen Themenschwerpunkten.

Der vorliegende Beitrag gibt einen Einblick in einen beteiligungs- und dialogorientierten Transformationsprozess in der Gesundheitsversorgung am Beispiel des Krankenhauswesens des Freistaates Thüringen. Zunächst wird der Hintergrund dargestellt und der Prozess beschrieben, woran dann eine Einordnung des Prozesses vor dem Hintergrund demokratietheoretisch und epistemologisch informierter Überlegungen anschließt. Abgeschlossen wird der Beitrag mit einer Empfehlung sowohl für die Einbindung themenspezifischer Expertise in als auch eine partizipativ-dialogische Orientierung von politischen Entscheidungsprozessen.

2. Hintergrund

Der Etablierung des Werkstattformates durch das zuständige Thüringer Ministerium für Arbeit, Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie (TMASGFF) ging die Analyse voraus, dass sich die Diskussion um die aktuellen Anforderungen an eine Gesundheitspolitik der Zukunft oftmals zwischen zwei Polen bewegt. Nicht zuletzt durch die Herausfor-

derungen in der Bewältigung der COVID-19 Pandemie stehen die ambulante und stationäre Versorgung im Fokus. Gesundheitsförderung und Prävention, aber auch die aktuellen Herausforderungen in der Pflege sind in der öffentlichen Diskussion in den Hintergrund geraten. Die Behandlung erkrankter Menschen steht im Mittelpunkt, weniger der Schutz vor Erkrankung. Vor diesem Hintergrund soll mit Hilfe des Werkstattprozesses ZUKUNFT.GESUNDHEIT.THÜRINGEN.2030 nicht zuletzt auch ein Perspektivwechsel angestoßen werden, um die zukünftige Gestaltung der Gesundheitsversorgung in Thüringen auf die Gesunderhaltung des Menschen auszurichten und dabei ein möglichst hohes Maß an Beteiligung sowohl auf institutioneller Ebene als auch auf der Ebene der Patient*innen zu ermöglichen. Ein weiterer Grund für eine partizipativ orientierte Herangehensweise ist die Tatsache, dass Gesundheit als Ergebnis von Kooperation und Koproduktion entsteht.¹ Daher sollten nach Möglichkeit diejenigen Akteure eingebunden werden, auf deren Kooperation es zur ›Produktion‹ von Gesundheit ankommt. Perspektivisch bedeutet dies auch, dass die Zusammenarbeit zwischen Patient*innen und dem Helfersystem² gestärkt werden muss. Voraussetzung dafür ist auch die Stärkung der Gesundheitskompetenz, sowohl auf individueller als auch auf organisationaler Ebene. Im Hinblick auf die Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung ist auch der Aspekt der Ungleichheit in der Versorgung in den Diskussionen mit zu berücksichtigen, vor allem in Bezug auf die Zugänglichkeit des Gesundheitssystems. Eine zentrale Herausforderung ist darüber hinaus, aus dem stark ›versäulten‹ und zum Teil auch durch Abgrenzung geprägten Denken herauszukommen und in einer offenen und transparenten Darstellung den unterschiedlichen Interessenlagen und Blickwinkeln Raum zu geben.

Ziel des dialogisch orientierten Prozesses ist es daher, unter Einbeziehung von Akteuren aus der Praxis, Vertreter*innen von Patient*innen und Wissenschaftler*innen Lösungen für die genannten Herausforderungen im Gesundheitswesen in Thüringen zu entwickeln. Der Schwerpunkt und das Neuartige des Werkstattprozesses liegt dabei auf dem gemeinsamen Austausch zu den Veränderungsbedarfen in Thüringen. Mit den Ergebnissen dieses partizipativen Formates wird auf Landesebene in den originären und zum Teil gesetzlich verankerten Planungs- und Steuerungsprozessen weitergearbeitet.

Der Werkstattprozess ZUKUNFT.GESUNDHEIT.THÜRINGEN.2030 gliedert sich, unabhängig von den jeweiligen thematischen Schwerpunkten, in mehrere Teilprozesse, die in einer wechselseitigen Beziehung zueinander stehen. In Dialogwerkstätten mit Fachleuten aus Thüringen sollen die Schwerpunktthemen unter Einbeziehung von Expertise aus der Wissenschaft analysiert werden, um Ideen und Lösungsvorschläge zu entwickeln. In einem Bürger*innendialog sollen darüber hinaus die Erwartungen und Fragen der Bürger*innen/Patient*innen an ein Gesundheitswesen der Zukunft in Thüringen zusammengetragen werden. Expert*innen- und Bürger*innendialog sollen perspektivisch auch in einem Austausch miteinander stehen. Das bedeutet konkret,

- 1 Eine Ärztin ist auf die Kooperation ihres Patienten angewiesen, um dessen Gesundheit gemeinsam zu ›produzieren‹. Es reicht nicht, dass die Ärztin ein Medikament oder eine Therapie verschreibt; der Patient muss das Medikament auch einnehmen bzw. die Therapie durchführen (lassen).
- 2 Als Helfersystem werden in diesem Kontext professionelle Akteure der medizinischen und nicht-medizinischen Fachberufe im Gesundheitswesen verstanden.

dass die Erkenntnisse aus dem Bürger*innendialog die Erkenntnisse von Expert*innen stärker als bislang ergänzen. Dies soll sowohl zu einer Erhöhung der Qualität politischer Entscheidungen führen als auch zu einer Verbesserung des (politischen) Rückhalts für die Entscheidungen, die hinsichtlich der Transformation der Versorgungslandschaft zu treffenden sind sowie deren Umsetzung. Als ein drittes Element wurde bereits begleitend zu den bislang durchgeführten Dialogwerkstätten eine Austauschplattform in Form einer Webseite³ installiert, die über die Ergebnisse der Werkstatt informiert und perspektivisch einen breiten Austausch dazu ermöglichen soll.

Für den ersten Themenschwerpunkt der *Werkstatt ZUKUNFT.GESUNDHEIT.THÜRINGEN.2030*, welcher im weiteren Verlauf des Artikels näher beschrieben wird, fand kein Bürger*innendialog, sondern nur ein Expert*innendialog statt. Gründe hierfür waren vor allem Zeitdruck und die Komplexität des Themas, weswegen stellvertretend für Bürger*innen bzw. Patient*innen vermittelnde Institutionen wie bspw. der *Landes-seniorenrat (LSR)* oder die *Landeskontaktstelle für Selbsthilfe Thüringen (LaKoST)* eingeladen wurden. Der Werkstattprozess startete im zweiten Halbjahr 2022 mit der Sondierung für Thüringen zu bearbeitenden Themen. Auch diese Themenschwerpunkte wurden und werden partizipativ gemeinsam mit den Akteuren des Gesundheitswesens in Thüringen entwickelt. Themen der Gesundheitsversorgung sind dabei nur der Ausgangspunkt, um diese dann perspektivisch auszuweiten und zu verbinden mit Themen der Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Pflege.

In dieser Sondierungs- und Konzeptentwicklungsphase des Werkstattprozesses wurde deutlich, dass mit der Erstellung des 8. Thüringer Krankenhausplanes und dem parallel auf Bundesebene auf den Weg gebrachten Krankenhausreformprozess ein konstruktiver Dialograum notwendig wird, um die damit verbundenen Herausforderungen und Veränderungen für Thüringen zu analysieren und Lösungswege aufzuzeigen. Vor diesem Hintergrund wurde das Thema »Zukunft der Krankenhausplanung in Thüringen« als erster inhaltlicher Schwerpunkt für den Werkstattprozess gesetzt. Üblicherweise wird vor der Erstellung eines Krankenhausplans vom zuständigen Ministerium ein Gutachten in Auftrag gegeben. Daher wurde an den Werkstattprozess der Auftrag formuliert, inhaltliche Impulse und Fragestellungen für dieses Gutachten zu entwickeln.⁴

Der Bedarf eines dialogischen Prozesses im Vorfeld der Erstellung des 8. Thüringer Krankenhausplanes im Format einer Zukunftswerkstatt wurde auch im parlamentarischen Raum formuliert (vgl. Thüringer Landtag, 2022). In der Ausgestaltung des ersten Themenschwerpunktes konnte auf Erfahrungen, die in anderen Bundesländern mit inhaltlich ähnlich gelagerten Fragestellungen gemacht wurden, zurückgegriffen werden.⁵

3 <https://zukunft-gesundheit.thueringen.de/>

4 Die Krankenhausplanung ist nach Abs. 1 § 6 KHG eine der hoheitlichen Aufgaben der Bundesländer und wird im mehrjährigen Turnus fortgeschrieben. Es gehört zum Standardprozedere, in diesem Zusammenhang Gutachten einzuholen.

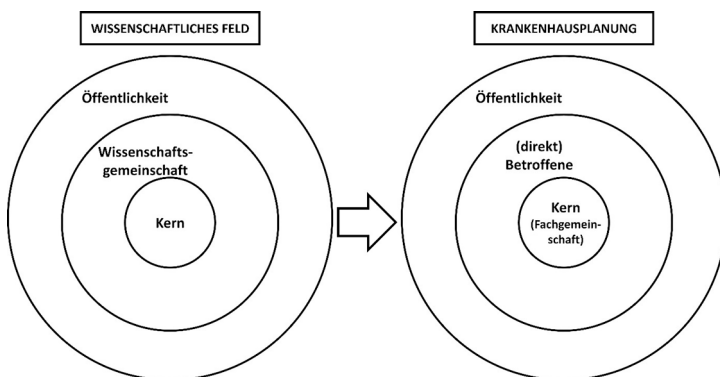
5 Beispielhaft seien hier genannt die »Zukunftswerkstatt für ein neues Sächsisches Krankenhausgesetz« (vgl. Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt, o.J.) und die »Enquetekommission Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen – für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung« (vgl. Niedersächsischer Landtag, 2021).

Die *Werkstatt* zur Krankenhausplanung fand unter dem ›Dach‹ des TMASGFF statt und wurde durch eine neutrale Prozessmoderation begleitet. Nach der Auftragserteilung durch das TMASGFF und die Klärung der formalen Rahmenbedingungen (bspw. fünf Veranstaltungen, davon zwei in Präsenz und drei digital) für den ersten Themenschwerpunkt des Werkstattprozesses wurden Vorgespräche mit ausgewählten Stakeholdern geführt. Bezüglich der Auswahl dieser Stakeholder kann ein Modell des wissenschaftlichen Feldes zugrunde gelegt und auf die Krankenhausplanung übertragen werden (vgl. Abb. 1). Für die Zwecke dieses Beitrags kann das Modell in etwa als eine themenspezifische Darstellung von Akteurskreisen verstanden werden: Den äußeren Kreis bildet die (am Thema interessierte) Öffentlichkeit. Der mittlere Kreis stellt die Gruppe jener Akteure dar, die vom Thema betroffen ist und sich aufgrund dieser Betroffenheit (zumindest potenziell) damit auseinandersetzen muss. Am Beispiel der Krankenhausplanung könnten hier etwa Patient*innen und medizinisches bzw. pflegerisches Personal verortet werden. Den Kern des Modells bildet schließlich die Gruppe derer, die am intensivsten mit dem Thema befasst sind. Im Beispiel wären dies jene Akteure, die eng in die Planung als solche involviert sind, etwa Vertreter*innen einer Landeskrankengesellschaft und Fachreferent*innen für Krankenhaus- und/oder Versorgungsplanung aus der zuständigen Ministerialverwaltung und von den Krankenkassen. Gemeinsam durch die Prozessbegleitung und das Gesundheitsministerium als Auftraggeber wurden die entsprechenden Akteure identifiziert und zum Werkstattprozess eingeladen. Stellvertretend seien hier die Verfasser*innen des »Zielbild 2030 der medizinischen Versorgung in Thüringen« (Landesverbände et al., 2022) für den Kern erwähnt; Vertreter*innen der Arbeitnehmer- und der Arbeitgeberseite, Vertreter*innen der medizinischen und betriebswirtschaftlichen Leitungsebene der Krankenhäuser sowie Vertreter*innen der Selbsthilfe (vgl. Kapitel 6.1) für den mittleren Ring. Vertreter*innen des äußeren Rings konnten aus den weiter unten angeführten Gründen noch nicht in den Prozess einbezogen werden (vgl. Kapitel 6.1).

Basierend auf den Ergebnissen dieser Vorgespräche und dem von wichtigen Stakeholdern verfassten »Zielbild 2030« (s.o.) wurden die brennendsten Themenfelder identifiziert sowie ein inhaltlicher Leitfaden für die einzelnen Veranstaltungen entworfen. Als dringendste Themen wurden von den Verfasser*innen des »Zielbilds« identifiziert: Bedarfsgerechtigkeit und Patientenwohl, Qualität der Versorgung, Leistungsfähigkeit und Attraktivität, Wirtschaftlichkeit und Finanzierbarkeit, vernetztes und sektorenverbindendes Arbeiten, Aus-, Fort- und Weiterbildung, Integration ausländischer Fachkräfte (vgl. Landesverbände et al. 2022). Im Rahmen der Auftaktveranstaltung ging es darum, alle Beteiligten ›abzuholen‹ und auf einen gemeinsamen Stand zu bringen. Außerdem wurden im Rahmen von Kleingruppenarbeiten zu den identifizierten Themenfeldern aus verschiedenen Perspektiven gemeinsam Handlungs- und Veränderungsbedarfe sowie Chancen und Potentiale herausgearbeitet.⁶

6 Die Themen der Kleingruppen waren Bedarfsgerechtigkeit, Qualität der Versorgung, Vernetzung und Kooperation, Fachkräfte und Qualifizierung, Kommunikation von Veränderungen. Bearbeitet werden sollten diese Themen aus den Perspektiven von Patient*innen, Kostenträgern, Leistungserbringern und Fachkräften.

Abbildung 1: Vom Modell des wissenschaftlichen Feldes als Anordnung konzentrischer Kreise zum Feld der Krankenhausplanung (eigene Darstellung nach Collins und Evans, 2002, 245)



Ausgehend von den Inhalten und Diskussionen in den ersten vier Veranstaltungen des Werkstattprozesses wurden Thesen entwickelt. In diesen Thesen sind die wesentlichen Diskussionsstränge der vorausgegangenen Veranstaltungen abgebildet. Die Thesen bildeten den Ausgangspunkt für die Diskussion im Abschlussworkshop im Januar 2023, auf deren Grundlage dann die Themenschwerpunkte und Fragestellungen für die Beauftragung des Gutachtens für den 8. Thüringer Krankenhausplan herausgearbeitet wurden. Eine Dokumentation der Dialogwerkstatt ›Zukunft der Krankenhausplanung in Thüringen‹ (vgl. Landesvereinigung, o.J. a) wurde dem auftraggebenden Ministerium übergeben und in den Krankenhausplanungsausschuss (als das für die Mitwirkung an der Krankenhausplanung zuständige Gremium)⁷ eingebracht.

3. Die Prozessbegleitung

Mit der Prozessbegleitung für die Werkstatt ZUKUNFT.GESUNDHEIT.THÜRINGEN.2030 wurde die Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. – AGETHUR – durch das TMASGFF beauftragt. Die Verfasserinnen und der Verfasser des vorliegenden Beitrags sind für die AGETHUR tätig und führen die Prozessbegleitung durch. Die AGETHUR ist ein gemeinnütziger eingetragener Verein, gegründet im Jahr 1990, der politisch und konfessionell unabhängig handelt (vgl. Landesvereinigung, o.J. b). Grundlage für die Arbeit des Vereins ist die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation aus dem Jahr 1986 (vgl. Weltgesundheitsorganisation, 1986). Als Grundsatzdokument für die Gesundheitsförderung benennt die Ottawa-Charta als eine der Aufgaben von Gesundheitsförderung auf der Handlungsebene »die Gesundheitsdienste neu [zu] orientieren« (WHO, 1986, 4): »Sie müssen gemeinsam darauf hinarbeiten, ein Versorgungssystem zu entwickeln, das auf die stärkere Förderung

7 Das ThürKHG in der Fassung vom 30. April 2003 benennt die am Landeskrankenhausplanungsausschuss beteiligten Institutionen.

von Gesundheit ausgerichtet ist und weit über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinausgeht.« (Ebd.). Sie hebt dabei die geteilte Verantwortung der unterschiedlichen Berufsgruppen in den Gesundheitseinrichtungen, der Einrichtungen selbst und des Staates hervor. Damit entspricht die Zielstellung des Werkstattprozesses den Grundprinzipien der Gesundheitsförderung und ist damit entsprechend satzungskonform.

Die AGETHUR hat in ihrem Leitbildprozess wesentliche Kernkompetenzen für ihre Arbeit beschrieben, die sich in allen inhaltlichen Arbeitsbereichen abbilden. Zu diesen Kernkompetenzen zählen die Vernetzung von Akteuren und die Begleitung gesundheitspolitischer Veränderungsprozesse. Dem Werkstattprozess vorangegangen sind vielfältige Erfahrungen in der Begleitung von Kommunen zum gesundheitsförderlichen Strukturaufbau und der Begleitung und Koordination u.a. der Landesgesundheitskonferenz Thüringen. In diesen Arbeitszusammenhängen wird unter Prozessbegleitung eine Herangehensweise verstanden, die durch eine dialogische systemische Grundhaltung gekennzeichnet ist. Das bedeutet, dass die Prinzipien Ressourcenorientierung und wertschätzende Grundhaltung in den Vordergrund des fachlichen Handelns gestellt werden. Mit einem systemischen Verständnis von multiprofessionellen und sektorenübergreifenden Netzwerken stellt Kommunikation einen Kernprozess dar, um in dem komplexen Gefüge eines Netzwerkes unterschiedliche Eigenlogiken und Perspektiven der beteiligten Personen und Institutionen erkennen und berücksichtigen zu können (NZFH, o.J.). Die an den jeweiligen Prozessen Teilnehmenden werden bei der Erarbeitung von Zielen, der Entwicklung von Lösungen und der Beschreibung von Handlungsschritten zur Umsetzung der Lösungen unterstützt. Die Arbeit ist geprägt durch die Aspekte Kommunikation, Transparenz und Neutralität.

Vor diesem Hintergrund wurde die *Werkstatt* als ein dialogisches Format entwickelt, welches auf den Grundlagen von Partizipation beruht, da sie Räume zum »Experimentieren und Reflektieren« (Wright, 2020) schafft.

4. Partizipation und Demokratie

Wie lässt sich der partizipativ orientierte Werkstattprozess nun vor dem Hintergrund (demokratie-)theoretischer Überlegungen einordnen? Das partizipative Element des Werkstattprozesses kann als Ausdruck des politischen Willens sowohl des Gesundheitsministeriums (vgl. BARMER, 2022) als auch des Landtags verstanden werden (vgl. Thüringer Landtag 2022). Jedoch greift eine rein machtpraktische Begründung für den partizipativen Ansatz des Werkstattprozesses zu kurz. Denn Partizipation stellt mit ihren Elementen Teilnahme und Teilhabe ein »grundlegendes Prinzip von Demokratien« (Schnurr, 2018, 1126) dar. Handlungspraktisch gelesen kann Teilnahme hierbei als Begriff für die Input-Dimension der Demokratie gelten, Teilhabe als Begriff für die Output-Dimension (vgl. Marschall, 2014, 17). Während *Output* die Ergebnisse politischer Prozesse meint, die Problemlösungen, die das politische System produziert (beispielsweise die materielle *Teilhabe* an Sozialstaat und Gesundheitsversorgung), meint *Input* den Umfang und die Möglichkeiten des Einflusses der Staatsbürger auf das Staatswesen, also die *Teilnahme* an eben jenen politischen Prozessen. Vor einem solchen theoretischen

Hintergrund kann die Grundidee des partizipativ angelegten Werkstattprozesses wie folgt umrissen werden: Menschen partizipieren im Rahmen verschiedenster Rollen⁸ am Gesundheitssystem. In der *Werkstatt* können sie selbst (und vielleicht unmittelbarer als im Rahmen turnusmäßiger politischer Wahlen) an der Gestaltung (*Output*) dieses Systems mitwirken (*Input*).

In spätmodernen, als zunehmend komplex und als unsicher erlebten Gesellschaftskonstellationen steht jedoch infrage, ob die Lösung hochkomplexer Probleme wie etwa die Reform des Krankenhauswesens mit Hilfe der herkömmlichen Mittel demokratischer Politik bewerkstelligt werden kann: Reichen die etablierten Verfahren (*Input*) und die zu erwartenden Lösungen (*Output*) dazu aus? Mit Willke kann dies zumindest bezweifelt werden: »Demokratie ist das Beste, was wir haben, aber sie ist nicht gut genug.« (Willke, 2014a, 125). Was also tun, wenn es ein Weiter-wie-bisher nicht geben kann?⁹

Durch eine politiktheoretische Brille betrachtet kann die *Werkstatt* als Versuch charakterisiert werden, gleichzeitig die Input- wie die Output-Legitimierung der Demokratie zu stärken: Durch die Ergänzung etablierter Formen der Input-Legitimierung via Einbeziehung von »communities of practice« (Willke, 2014a, 123) verspricht man sich eine »effizientere, professionellere und problemadäquatere Form [...] für Entscheidungsfindung und politische Steuerung« (ebd.). Dabei geht es nicht um die Etablierung einer (weiteren) »subkutane[n] Expertokratie« (ebd., 120), sondern um den Versuch einer tragfähigen Kombination von klassischen demokratischen Praktiken von Politik und Verwaltung mit Politikberatung (im weitesten Sinne) und Partizipation. Es geht also gleichsam um den Versuch einer »Legitimation durch Verfahren« (Luhmann, 1969). Hierbei kann der Werkstattprozess auch als Test für Formen partizipativer Politikberatung betrachtet werden.

Gleiche Teilhabe/gleiche Stimme sind essenzielle Konstituenten von Demokratie. Wo diese postulierte Gleichheit im operativen Vollzug der Demokratie nicht gewährleistet werden kann, kann Transparenz als eine Art zweitbeste Lösung weiterhelfen, bspw. um die Einbeziehung von Beratungsleistungen in politische Entscheidungsprozesse »nach Prinzipien demokratischer Steuerung« (Willke, 2016, 42) zu organisieren. Im Zuge des Werkstattprozesses soll dies unter anderem durch die öffentliche Dokumentation der einzelnen Veranstaltungen (wie oben bereits erwähnt) auf einer Website sichergestellt werden. So lässt sich anhand von Veranstaltungsprogrammen und Präsentationsfolien zumindest nachvollziehen, welche Referierenden zu welchen Themen gesprochen haben. So können sich bspw. Personen, die nicht an der Veranstaltung teilnehmen und »mitreden« konnten, immerhin über Inhalte der Veranstaltung informieren. Und Information ist der erste Schritt auf dem Weg zur Partizipation. Ein weiterer Ausbau der Website hin zu einer interaktiven Dialogplattform erscheint wünschenswert, steht jedoch unter dem Vorbehalt entsprechender (finanzieller und personeller) moderativer Ressourcen.

8 Bspw. als Patient*innen, Beitragszahler*innen, Arbeitnehmer*innen.

9 Dies kann, so hat es sich spätestens im Verlauf des Werkstattprozesses herausgestellt, als Konsens unter allen Beteiligten gelten.

5. Partizipation und Expertise

Die Argumente des politischen Willens und aus der Demokratietheorie sind im vorangegangenen Abschnitt bereits angerissen worden. Im Folgenden wird nun eine epistemologisch informierte Argumentation vorgestellt werden, welche der Einbindung unterschiedlicher Formen von Expertise im Rahmen des Werkstattprozesses zugrunde liegt.

Es existiert eine Spannung zwischen »traditioneller« Einbindung von Expertise und Partizipation in Prozesse von Beratung und politischer Entscheidungsfindung, da letztere inkludieren soll, erstere jedoch tendenziell exklusiv ist. Zwar lässt sich dieses Problem nicht ganz lösen, es kann aber vielleicht entschärft werden durch das, was Willke als »Auffächerung der Partizipation« (Willke, 2016, 44) bezeichnet. Dies kann als Versuch gesehen werden, Expertise und Partizipation flexibel miteinander zu verzahnen mittels einer »Differenzierung der Partizipation« (ebd., 39 ff.) entlang von themenspezifischer Expertise. *Auffächerung* bedeutet damit sowohl eine Differenzierung als auch eine Ausweitung und Verschiebung von Partizipation. Diese sollen stets den jeweils aktuellen Bedarfen des Prozesses angemessen sein.

Differenzierung von Expertise meint dabei, dass Expertise stets themenspezifisch betrachtet werden muss: Wer sich im Bereich der Krankenhausplanung bestens auskennt, hat mit Blick auf die Strukturen der Langzeitpflege womöglich keinerlei über einen Laienstatus hinausgehende Kenntnisse (und vice versa). Daraus folgt für partizipativ angelegte Prozesse, dass die Menge der Teilnehmer*innen nicht zwingend immer gleichbleiben kann, sondern mit jedem neuen Thema, dem sich der Prozess widmet, eine *Verschiebung* stattfinden muss hin zu Teilnehmer*innen mit Expertise im neuen Thema.¹⁰ Laut Willke wird damit entscheidend, »wie die verfügbare und relevante Expertise in die politischen Entscheidungsprozesse eingespielt und wie sie in solchen Prozessen verwendet wird« (ebd., 45).

Exkurs:

Differenzierung und *Verschiebung* lassen sich beispielhaft an der wissenschaftlichen Begleitung des Werkstattprozesses verdeutlichen: Beim Thema Krankenhausplanung wurde diese von einem Gesundheitsökonom übernommen, beim Thema der Langzeitpflege von einer Pflegewissenschaftlerin. Beiden konnte nach eingehender Recherche und Vorgesprächen zur Klärung von Thematik und Aufgaben entsprechend einschlägige Expertise zugeschrieben werden. Von der letztlich getroffenen Wahl unbenommen bleibt dabei, dass es noch weitere Personen mit Expertise zum jeweiligen Thema geben kann. Für die Auswahl entscheidend waren in den hier vorliegenden Fällen nicht nur die Zuschreibung von Expertise durch die mit der Wahl befassten Personen, sondern auch die Erreichbarkeit und Verfügbarkeit der angesprochenen Expert*innen, das Ausschließen möglicher Interessenskonflikte sowie bestenfalls Kenntnisse der konkreten Lage in Thüringen.

10 Davon unbenommen bleibt, dass eine Teilmenge der Teilnehmer*innen beider Prozesse durchaus gleich bleiben kann.

Im Folgenden wird daher Willkes Idee einer themenspezifischen Einbindung von Expertise mit den Überlegungen von Collins und Evans zu »Studies of Expertise and Experience« (Collins und Evans, 2002, 235) zusammengedacht. Hierbei stößt man auf zwei Probleme. Zunächst können bei der Einbindung von (wissenschaftlicher) Expertise die unterschiedlichen Geschwindigkeiten der Systeme Politik und Wissenschaft problematisch sein, wenn politische Entscheidungen schneller getroffen werden müssen, als wissenschaftlicher Konsens geformt werden kann: Politiker*innen »are rather making history than reflecting on it« (ebd., 241). Die Autoren bezeichnen dieses Problem als »experts regress« (ebd., 240): Expertinnen und Experten für ein spezifisches, auf wissenschaftlicher Grundlage zu lösendes Problem können erst im Nachgang einer wissenschaftlichen Debatte identifiziert werden. Für die Praxis politischer Entscheidungsfindung bedeutet dies, dass die Träger*innen themenspezifischer Expertise auf der Grundlage vorhergehender oder noch laufender Diskurse bestimmt werden müssen. Für Prozesse wie bspw. die Krankenhaus- oder Pflegeplanung kann dies dahingehend vereinfacht werden, dass es sich hier um mehr oder wenig stark institutionalisierte, in jedem Fall aber strukturell stark gefestigte thematische Felder handelt. Die Zuschreibung von Expertise kann daher auch über die Identifikation entsprechender Feldzugehörigkeit von Akteuren laufen.

Allerdings können nicht nur Wissenschaftler*innen als Expert*innen fungieren. Denn Expertise ist das Ergebnis der »Aneignung zunächst grundlegender, dann immer spezifischerer Kenntnisse und Fähigkeiten in einem spezifischen thematischen Bezugsrahmen sowie die soziale Integration in diesen« (Kretzschmar, 2021, 229; vgl. a. Collins und Evans, 2002). Das zweite Problem besteht also darin, bestimmen zu können, wer nun als Expertin oder Experte zu einem Prozess politischer Entscheidungsfindung hinzugezogen werden kann. Lösen lässt sich dieses Problem über zwei Differenzierungen: Die Bestimmung eines Typus von Expertise und die Bestimmung eines Typus von Expert*innen.

Zunächst kann unterschieden werden zwischen den Typen der *certified* und der *uncertified* bzw. *experience-based experts* (vgl. Collins und Evans, 2002, 260). *Certified experts* sind wortwörtlich im Besitz von formalen Bildungszertifikaten, die sie als Expert*innen ausweisen – beispielsweise eine Promotionsurkunde in einem themenspezifisch relevanten Fach. Daneben dient den *uncertified/experience-base experts* als Ausweis, einen relevanten Beitrag zur Lösung eines gegebenen Problems leisten zu können, die durch eine berufliche Position bzw. Rolle angezeigte themenspezifische Erfahrung. Somit kann neben der Expertise eines*r Wissenschaftler*in auch die Expertise der*s Geschäftsführer*in einer mit dem fraglichen Thema befassten Institution zum Tragen kommen. Da der erste Teil des Werkstattprozesses mit den Strukturen der Krankenhauslandschaft befasst war, war die Einbindung von Personen aufgrund ihrer Rolle als Patient*innen (als Expert*innen für ihre individuelle Erkrankung) nicht vorgesehen.¹¹ Es wurde unterstellt, dass Patient*innen im Allgemeinen nicht über hinreichend relevantes Wissen über die mit dem Krankenhaus und der Krankenhausplanung zusammenhängenden Strukturen

11 Aus Effizienzgründen wurde dieses Vorgehen für den Prozess der Krankenhausplanung von der Prozessbegleitung mitgetragen (vgl. Kap. 2), dabei jedoch auch kritisch reflektiert, um für weitere Prozesse Anpassungen vornehmen zu können.

und Prozesse verfügen, um darüber als Expert*innen in den Werkstattprozess eingebunden zu werden. In der Folge traten Vertreter*innen des ärztlichen Berufsstandes teils (auch) advokatorisch als Vertreter*innen für die Patient*innen auf (»Wir wissen ja, was gut für unsere Patient*innen ist.«).

Exkurs:

Dies kann sicherlich aus verschiedenen Blickwinkeln unterschiedlich eingeordnet bzw. bewertet werden (es kann bspw. sowohl fürsorglich als auch bevormundend gelesen werden). An dieser Stelle soll der Hinweis genügen, dass eine solche Perspektive mindestens unter der Voraussetzung als problematisch zu betrachten ist, dass medizinische und pflegerische Dienstleistungen nicht exklusiv vom jeweiligen Fachpersonal exekutiert, sondern auch von den Patient*innen co-produziert werden (s.a. oben). Selbst wenn konzidiert wird, dass Fachpersonal sowohl in medizinisch-pflegerischen Fragen als auch hinsichtlich der Strukturen und Prozesse der Gesundheitsversorgung einen Wissensvorsprung haben, bedeutet dies im Umkehrschluss nicht, dass Patient*innen nicht ebenfalls wertvolles Wissen beisteuern können, gleichsam eine lebensweltliche Expertise besitzen. Mindestens kann unterstellt werden, dass letztere über (exklusives) Wissen um ihre persönlichen Erfahrungen, Wünsche und Ziele im Gesundheitssystem verfügen, die anstelle einer advokatorischen Annahme auch empirisch abgebildet werden könnten.

Weiterhin können zwei Arten von Expertise unterschieden werden (vgl. Collins und Evans 2002, 254 ff.): *Interactional expertise* als erste hier interessierende Form von Expertise bedeutet, dass ein Akteur genug Expertise besitzt, um eine qualifizierte Beobachtung durchzuführen und mithin in der Lage ist, mit anderen Akteuren zu interagieren und deren Verhalten mit den Mitteln und gewissermaßen auf dem Feld des eigenen Fachgebietes zu analysieren. Darüber hinaus geht die zweite interessierende Form von Expertise, die *contributory expertise*: Mit diesem Begriff wird beschrieben, dass ein Akteur genug Expertise besitzt, um zur Wissenschaft in einem jeweils spezifisch benennbaren Feld beitragen zu können (vgl. Collins & Evans 2002, 254). Zunächst scheinen die beiden Begriffe auf die Wissenschaftsgemeinschaft abzustellen. Jedoch stellen Collins und Evans heraus, dass in der Gegenwart nicht länger unterschieden werden kann zwischen Expert*innen/Wissenschaftler*innen auf der einen und Laienpublikum auf der anderen Seite (vgl. hierzu ihre instruktive Grafik zu den »Three Waves of Science Studies«: Collins und Evans 2002, 250). Zwar sind im »Zeitalter der Expertise« (ebd.; eigene Übersetzung) Wissen und Wahrheit als Medien nach wie vor im Wissenschaftssystem »beheimatet«. Für die auf Erfahrung beruhende Expertise gilt dies jedoch nicht länger: Sie kann Expertise sowohl innerhalb als auch außerhalb der Wissenschaft gefunden werden (vgl. ebd.). Dies bedeutet wiederum, dass auch Personen außerhalb des Wissenschaftssystems (wie oben beschrieben) als Expert*innen gelten können.

Bei den vorgenannten Kategorisierungen handelt es sich um analytische Idealtypen, die in *realiter* kaum in Reinform vorkommen. Insbesondere durch die Unterscheidung zwischen *certified* und *uncertified experts* wird darüber hinaus klar, dass Expertise nichts den Expert*innen *per se* Inhärentes ist, gleichsam einer Art »inkorporiertem Kulturkapi-

tak, sondern auch Mechanismen sozialer Zuschreibung unterliegt. Mithin erfordert es also ein gewisses Maß an Kompetenz, entsprechende Zuschreibungen zu tätigen (vgl. Schütz, 1972). Im Rahmen partizipativer Prozesse kann dies in Form deliberativer Beratungen organisiert werden (im Vorfeld des Prozesses, aber auch noch im Prozessverlauf). Eine neutrale Prozessbegleitung sollte nach Möglichkeit sicherstellen, dass auch und gerade bei solchen Prozessen im politischen System (wie eben auch die *Werkstatt* einer ist) die Auswahl der Expert*innen, die sich als Teilnehmer*innen in den jeweiligen Prozess einbringen sollen, nicht nach einseitig politischen, sondern nach fachlichen Bewertungskriterien erfolgt.

6. Die Umsetzung des Prozesses

Die Krankenhausplanung ist in Thüringen durch das Thüringer Krankenhausgesetz (ThürKHG) formal geregelt. Dieses sieht vor, dass die Erstellung eines Krankenhausplans durch das »für das Krankenhauswesen zuständige Ministerium« erfolgt (ThürKHG § 4 (1)). Weiterhin ist »Mitwirkung der unmittelbar Beteiligten« im Rahmen eines »Landeskrankenhausplanungsausschuss[es]« vorgesehen (ThürKHG § 5 (1)). Vor Beginn des Werkstattprozesses war dies das Gremium, welches an der Entscheidung über notwendige Veränderungen in der Krankenhausversorgung in Thüringen mitwirkte. Weitere Beteiligte werden in § 6 des ThürKHG genannt. Darüber hinaus trifft dieser Paragraph jedoch noch folgende Regelung: »Bei Bedarf kann das für das Krankenhauswesen zuständige Ministerium den Kreis der Beteiligten erweitern oder durch Sachverständige ergänzen« (ThürKHG § 6).

6.1. Ausgestaltung

Diese Erweiterung und Ergänzung des Kreises der Beteiligten war und ist ein grundsätzliches Ziel des Werkstattprozesses. Im Bereich des Krankenhauswesens wird damit das Anliegen verbunden, das Denken und Handeln in streng voneinander abgegrenzten Sektoren zu überwinden und den ambulanten und den stationären Versorgungsstrang perspektivisch besser zu verzahnen.

Das partizipative Moment der *Werkstatt* hat dabei klar einen epistemologischen Hintergrund. Vor diesem lässt sich zur oben getroffenen Unterscheidung zwischen *certified* und *experience-based experts* festhalten, dass die Einbindung beider Typen von Anfang an gewollt war. Denn nur unter Einbeziehung bislang nicht abgerufener Expertise schien es möglich, den ohnehin heraufziehenden Veränderungen im Krankenhauswesen steuernd begegnen zu können. Darüber hinaus kann jedoch auch auf einen Nebeneffekt gehofft werden: Da politisch angestoßene Veränderungsprozesse erfahrungsgemäß auch zu Widerstand seitens der (potentiell) Betroffenen führen können, soll die Erweiterung des Kreises der Beteiligten auch dazu führen, dass letztlich eintretende Veränderungen möglichst breit getragen werden. Außerdem können alle am Prozess beteiligten Akteure als Multiplikatoren wirken – hinsichtlich des Bedarfs an Aufklärung und Information bezüglich der Notwendigkeit anstehender Veränderungen im Krankenhauswesen. Denn es ist kaum davon auszugehen, dass alle als Patient*innen, Arbeitnehmer*innen und an-

derweitig betroffene Personengruppen hinreichende Kenntnisse der (Thüringer) Versorgungsstrukturen mitbringen. Für die Partizipation an einem politischen Prozess, der derart komplexe Themen und Fragestellungen verhandelt, scheint ein Mindestmaß an Wissen um ebenjene Themen und Fragen unabdingbar. Bei der Idee des Werkstattprozesses ging es in der Tat um eine möglichst breite Beteiligung. In der praktischen Umsetzung stellt sich dies in mindestens zweierlei Hinsicht als große Herausforderung heraus. Erstens werden dafür erheblich größere finanzielle und personelle Ressourcen benötigt, als sie der *Werkstatt* tatsächlich zur Verfügung stehen (so müsste beispielsweise eine interaktive Internetpräsenz durchgehend aktiv moderiert werden). Zweitens braucht die konsequente und wirkungsvolle Einbindung von Laien erheblich mehr Zeit, als tatsächlich zur Verfügung stand und steht und stellt den Prozess darüber hinaus vor die Herausforderung der Anwendung viel nuancierterer Methoden der Prozessmoderation (was wiederum eng mit den Faktoren Zeit und Personal verknüpft ist) wie auch der Wissensvermittlung. Dies mag zumindest ansatzweise die Spannungen zwischen demokratietheoretisch fundierten Beteiligungsansprüchen, epistemologisch informierten Erwartungen an Expertise und Ressourcen für die praktische Umsetzung im Prozess aufzeigen.

In der bisherigen Krankenhausplanung wurde an der Optimierung bestehender Krankenhausstrukturen gearbeitet. Perspektivisch wird es hierbei durch die Herausforderungen u.a. des demografischen Wandels und sektorenübergreifende Ansätze in der Versorgung¹² zu spürbaren Veränderungen kommen müssen, um auch zukünftig die Versorgungsqualität aufrecht erhalten zu können. Dabei ist im Rahmen des Werkstattprozesses auch darüber zu sprechen, wo Patient*innen im jeweils individuellen Bedarfsfall am besten versorgt werden können. Die Planung soll somit zukünftig stärker am Bedarf und an den Interessen der Bürger*innen ausgerichtet werden. Das ist ein wichtiger Paradigmenwechsel, der mit dem partizipativen Element besser ermöglicht werden kann. Um dies umzusetzen, wurde im Werkstattprozess der Kreis der Stakeholder um verschiedene Interessenvertreter erweitert. In Thüringen waren dies bspw. der LSR, die LaKoST, der *Thüringer Hebammenverband* und der Verein *wir pflegen e.V.*¹³

Der Ansatz zur Ausweitung der Partizipation im Rahmen des Werkstattprozesses lässt sich also wie folgt zusammenfassen: In der Vergangenheit gab es im Bereich der

12 Dies meint eine bessere Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den verschiedenen Sektoren (ambulant/stationär bzw. niedergelassene Ärzteschaft/Krankenhaus) des Gesundheitswesens und den in diesen Sektoren tätigen Akteuren, orientiert am Behandlungsbedarf der Patient*innen.

13 Der LSR ist ein Gremium der Meinungsbildung, der Interessenvertretung und des Erfahrungsaustausches auf dem Gebiet der Seniorenpolitik für die Seniorinnen und Senioren des Landes. Die LaKoST e.V. ist eine Netzwerkeinrichtung, die landesweit die gemeinschaftlichen, sozialen und gesundheitlichen Selbsthilfen unterstützt. *wir pflegen e.V.* ist eine Interessenvertretung und Selbsthilfeorganisation, die den Austausch mit anderen Pflegenden ermöglicht, sowie den Angehörigen eine Stimme gibt und ihnen die Anerkennung ihrer Arbeit in Politik und Gesellschaft ermöglicht. Der *Thüringer Hebammenverband* vertritt die Interessen der Hebammen auf regionaler Ebene und ist bemüht, die Anliegen von Hebammen und der werdenden Mütter in die öffentliche Diskussion einzubringen. All diese Organisationen konnten an den verschiedenen Veranstaltungen ihre Vorstellungen einbringen und somit an den Überlegungen zur Transformation der Krankenhausplanung mitwirken.

Krankenhausplanung einen recht kleinen Kreis von Beteiligten mit stark auf den Krankenhausbereich bezogener Expertise. Dieser Kreis wurde für den Werkstattprozess erweitert um Akteure, die stellvertretend und anwaltschaftlich insbesondere für Betroffene am Prozess teilnehmen sollten. Aber auch Vertreter*innen von Beschäftigtengruppen waren eingeladen (vgl. oben: Modell der Akteurskreise).

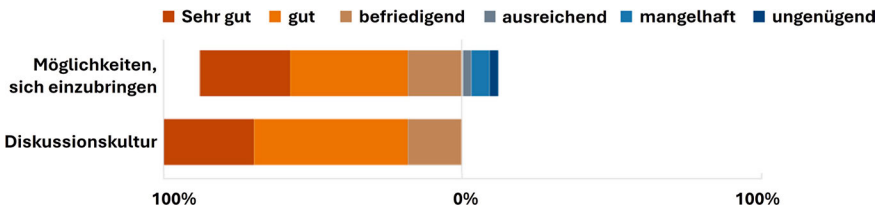
Im Werkstattprozess zur Pflegeentwicklungsplanung wird sich der Kreis der Teilnehmenden nochmals ändern, da hier teilweise eine andere themenspezifische Expertise gefordert ist. Das partizipative Vorgehen bleibt jedoch grundsätzlich gleich. Dabei soll der Kreis der Teilnehmenden nochmals erweitert werden, hin zu einer noch besseren Einbindung von Betroffenenperspektiven. Die Prozessbegleitung stellt das vor die Herausforderung, wie eine solche Einbindung gelingen kann, ohne jedoch die Betroffenen (ungewollt) zu exponieren. Es gab die Idee, im Rahmen der Auftaktveranstaltung eine Podiumsdiskussion mit pflegenden Angehörigen und/oder pflegebedürftigen Menschen durchzuführen. Dabei hätte es sich jedoch um Privatpersonen gehandelt, bei denen man zum einen nicht davon ausgehen kann, dass sie es gewohnt sind ›im Rampenlicht‹ zu stehen und vor Publikum zu sprechen (anders etwa als Verbandsvertreter*innen). Außerdem hätten sich diese Menschen womöglich genötigt gesehen, als privat betrachtete Angelegenheiten ›öffentlich‹ zu schildern. Dies sollte vermieden werden. Daher wurde letztlich von dieser Idee abgesehen und stattdessen eine Podiumsdiskussion mit Personen durchgeführt, denen zugeschrieben werden kann, dass sie qua Rolle anwaltlich für die Betroffenen Menschen sprechen können (sich selbst aber nur im Rahmen ihrer Rolle in die Diskussion einbringen mussten, ohne Persönliches preiszugeben).

6.2. Evaluation

Wer Strukturen und Prozesse, gerade im politischen Raum, verändern möchte, tut gut daran, sich die Frage zu stellen, ob und inwieweit Veränderungsbestrebungen Wirkung zeigen. Ganz in diesem Sinne plädiert auch Willke für eine präzise Evaluation, um feststellen zu können, »ob in einem konkreten Fall die Möglichkeiten zu fairer Mitsprache und Beteiligung gegeben sind« (Willke, 2014b, 49). Was aber tun, wenn die Möglichkeit nicht als gegeben angesehen wird? Gleich auf Partizipation verzichten? Oder Stakeholder zur Partizipation befähigen, bspw. durch *learning by doing*? Letzteres scheint als Sicht auf den Werkstattprozess durchaus angemessen: Beteiligung wird versucht und im Nachgang wird evaluiert, was gut war und was besser gemacht werden könnte. Aufgabe einer Prozessbegleitung ist es dann, mittels geeigneter und praktikabler Vorgehensweisen entsprechende Evaluationen durchzuführen. Dies kann sehr niedrigschwellig durch Gespräche mit und Rückmeldungen durch Prozessteilnehmende geschehen. Zwar ist ein solches Vorgehen keine systematische und methodische Evaluation und genügt sicherlich nicht wissenschaftlichen Standards. Bei einer noch überschaubaren Anzahl an Teilnehmenden erhält man jedoch einen recht gut fundierten Gesamteindruck. Dieser sollte jedoch ergänzt werden durch eine gezielte Erhebung, bspw. in Form eines kurzen Fragebogens. Dieser kann nach einzelnen Veranstaltungen ausgegeben werden und sich auf die jeweilige Veranstaltung beziehen. Oder die Erhebung wird im Anschluss an eine abgeschlossene Prozessphase durchgeführt und

bezieht sich dementsprechend auf mehrere Veranstaltungen¹⁴ (und ggf. auch weitere Partizipationsformate). Für die Evaluierung wurden die Teilnehmenden des Werkstattprozesses zur Krankenhausplanung via E-Mail angeschrieben. Dies geschah über den Mailverteiler, der für die Einladung zu den jeweiligen Veranstaltungen angelegt und während des gesamten Prozessverlaufs gepflegt wurde. Die Teilnehmenden wurden gebeten, an der über einen Link bereitgestellten Onlinebefragung via Microsoft Teams teilzunehmen. Im Rahmen des Werkstattprozesses zur Krankenhausplanung zeigte sich, dass die Teilnehmenden dem partizipativen Ansatz durchaus aufgeschlossen und positiv gegenüberstanden: Diskussionskultur und Partizipationsmöglichkeiten wurden weit überwiegend positiv bewertet (vgl. Abb. 2).

Abbildung 2: Ausschnitt aus der Teilnehmendenbefragung: »Bitte beurteilen Sie die folgenden Aspekte jeweils auf einer Skala 1=sehr gut bis 6=sehr schlecht!« (Quelle: eigene Darstellung)



Als wichtige Ziele des Werkstattprozesses zur Zukunft der Krankenhausplanung in Thüringen wurden u.a. die »Partizipation vieler Stakeholder« sowie die »Schaffung eines gemeinsamen Problembewusstseins« genannt.¹⁵ Als ebenfalls aufschlussreich erwies sich die Frage nach der zentralen Erkenntnis der Teilnehmenden bezüglich der methodischen Herangehensweise. Hier gab es sowohl positive als auch kritische Rückmeldungen, die im Folgenden exemplarisch dargestellt werden (Tabelle 1).

Es wurde darüber hinaus auch bemerkt (auch abseits der Evaluation), dass die einzelnen Workshops und Kleingruppenarbeiten zielorientierter hätten verlaufen können: Am Ende habe man zwar oft interessante und wichtige Gespräche geführt, aber zu wenig Konkretes in der Hand gehabt. Daher soll in künftigen Prozessen stärker darauf geachtet werden, die Veranstaltungen mit konkreten Ergebnissen zu beenden (an die in den folgenden Veranstaltungen explizit angeknüpft wird). Grundsätzlich sieht sich die Prozessbegleitung jedoch in ihrem Vorgehen und in der Wahl des partizipativen Ansatzes bestätigt. Unbenommen davon bleibt, dass nach jedem Prozessschritt Anpassungen mit Blick auf weitere Schritte vorgenommen werden können.

14 Dies war auch die von der Prozessbegleitung im vorliegenden Fall gewählte Variante. Die Erhebung fand statt mittels MS Forms und hatte eine Rücklaufquote von 42,3 % (33 anonyme Teilnahmen bei 78 versendeten Fragebögen; Stand: 08.02.2023).

15 Exemplarische Auszüge aus den Freitext-Antworten auf die Frage »Was war aus Ihrer Sicht das wichtigste Ziel des ersten Themenschwerpunktes: Zukunft der Krankenhaus-Planung in Thüringen?«.

Tabelle 1: Exemplarische Darstellung zentraler Erkenntnisse der Teilnehmenden (Quelle: eigene Darstellung)

Frage: Was ist Ihre zentrale Erkenntnis bzgl. der methodischen Herangehensweise (Partizipation)?	
Positive Rückmeldungen (Freitext)	Kritische Rückmeldungen (Freitext)
Auch wenn es abgedroschen klingt, Partizipation und Kommunikation sind mühsam, aber essentiell.	Wenn man einen Teich trockenlegen will, darf man nicht so viel mit den Fröschen reden.
Das ist für mich die Methode der Wahl.	
Partizipationschancen helfen den Machtkampf zu entschärfen und (hoffentlich) sachlich fundierte Lösungen/Kompromisse zu finden.	Format erzeugt bei einer Vielzahl von Akteuren breite Erwartungen an Inhalte und Prozessbeteiligungschancen, die im weiteren Krankenhausplanungsverfahren nicht erfüllbar sind.
Das Verfahren ist sehr gut geeignet, um Akteure mit unterschiedlichen Auffassungen in einen konstruktiven Diskussionsprozess zu bringen.	

7. Fazit

Der Werkstattprozess soll strukturelle Transformationen anstoßen und dabei ein hohes Maß an Beteiligung ermöglichen. Die zentrale Herausforderung dabei ist es, aus den im Gesundheitswesen stark »versäulten«, weil rechtlich entsprechend kodifizierten, Strukturen und Prozessen herauszukommen. Hier leistet der Werkstattprozess einen Beitrag über seine grundsätzlich partizipativ orientierte Herangehensweise. Partizipation ist dabei sowohl Ausdruck politischen Willens als auch »essenzielles Merkmal jeder Form von Demokratie« (Willke, 2016, 39). Aus einer demokratietheoretisch informierten Perspektive wurde im vierten Teil des Beitrags argumentiert, dass die *Werkstatt* als Versuch gelten kann, formale demokratische und verwaltungstechnische Verfahren durch partizipativ organisierte Politikberatung zu ergänzen. Um Planung und Umsetzung gesundheitspolitischer Maßnahmen künftig stärker an den Interessen und Bedarfen der Patient*innen und Bürger*innen orientieren zu können (ohne freilich »tradierte« Formen der Expertise aus dem Blick zu verlieren), wird in den Teilprozessen der *Werkstatt* der Kreis der Teilnehmenden jeweils themenspezifisch erweitert und verschoben. Grundsätzlich wäre die Ermöglichung einer breiten, allgemeinen Einbindung von Betroffenen, Bürger*innen, Patient*innen wünschenswert. Bislang scheitert dies nicht an den (gegenwärtigen) politischen Entscheidungsträger*innen, sondern an der Umsetzbarkeit im Rahmen des Prozesses.

Im letzten Teil des Beitrags wurde die themenspezifische Erweiterung und Verschiebung des Kreises der Partizipierenden epistemologisch informiert mit dem Begriff der Expertise begründet. Expertise ist nicht nur themenspezifisch (Verschiebung des Teilnehmerkreises), sondern braucht auch nicht notwendigerweise eng, also bspw. auf die Wissenschaft begrenzt, gefasst zu werden. Fasst man Expertise über Erfahrung, soziale Zuschreibung sowie soziale Einbettung von Akteuren in ein themenspezifisches Feld, ermöglicht dies die Einbindung von bspw. auch Verbandspolitikern und Krankenhausgeschäftsführerinnen als Expert*innen in den Prozess.

Vor dem Hintergrund der Problematik des in komplexen Gesellschaften hohen Grades an Nichtwissen kann daher abschließend für die gezielte Einbindung themenspezifischer Expertise in thematisch einschlägige politische Entscheidungsprozesse plädiert werden: »In der Praxis können [...] deliberative Prozesse nicht als Alternative zur Demokratie gesehen werden, sondern als Ergänzungen der repräsentativen Demokratie. Sie sind auf bestimmte Themen fokussiert und sie umfassen eine Auswahl an Anspruchsgruppen« (Dijstelbloem, zit.n. Willke, 2016, 50). Demnach können die etablierten politischen und verwaltungstechnischen Verfahren in einer Demokratie von einer Erweiterung um partizipative Elemente profitieren – genau das geschieht in der *Werkstatt*. Somit wird auch unmittelbar evident, dass in einen Werkstattprozess zum Thema Pflege teilweise andere Akteure eingebunden werden müssen als in einen Werkstattprozess zur Krankenhausplanung: Denn die Kreise jener Akteure, denen eine je themenspezifisch relevante Expertise zugeschrieben werden kann, sind nur teilweise deckungsgleich. Es ist also davon auszugehen, dass der Kreis der Teilnehmenden mit jedem Werkstattprozess neu erfolgen wird – entlang themenspezifischer Auswahlkriterien. Der partizipative Grundgedanke jedoch wird bleiben.

Danksagung

Die Autor*innen danken den Herausgeber*innen für ihre wertvollen Hinweise und ihr konstruktives Feedback zu den vorangegangenen Versionen des Beitrags.

Literatur

- BARMER. (2022). *Zukunft. Gesundheit. Thüringen*. 2030. <https://www.barmer.de/presse/bundeslaender-aktuell/thueringen/zukunft-gesundheit-2030-heike-werner-zukunftsworkstatt-1125300>.
- Collins, H. M./Evans, R. (2002): The Third Wave of Science Studies: Studies of Expertise and Experience, in: *Social Studies of Science* 32 (S. 235–296).
- Kretzschmar, J. (2021). Macht Wissenschaft Politik? In S. Erbring & J. Fischer (Hg.): *Zukunft der Beratung*. 5. Band *Sozialmagazin* (S. 224–236). Beltz Juventa.
- Landesverbände der Thüringer Krankenkassen und die Ersatzkassen, Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen e. V., Kassenärztliche Vereinigung Thüringen, Landesärztekammer Thüringen. (2022). *Zielbild 2030 der medizinischen Versorgung in Thüringen*. https://www.tmasgff.de/fileadmin/user_upload/Gesundheit/Dateien/Krankenhaus/Zielbild_Thueringen_2030.pdf.
- Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. (o.J. a). *Ergebnisdokumentation zum Werkstattprozess »Zukunft der Krankenhausplanung in Thüringen«*. <https://zukunft-gesundheit.thueringen.de/wp-content/uploads/2023/05/Ergebnisdokumentation-zum-Werkstattprozess-Zukunft-der-Krankenhausplanung-in-Thueringen.pdf>.
- Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Thüringen e.V. (o.J. b). *Über uns*. <https://agethur.de/ueber-uns>.

- Luhmann, N. (1969). *Legitimation durch Verfahren*. Luchterhand.
- Marschall, S. (2014). *Demokratie*. Verlag Barbara Budrich.
- Nationale Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) (o.J.): *Netzwerke Frühe Hilfen systemisch verstehen und koordinieren. Qualifizierungsmodul*. https://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/Publikation_NZFH_Qualifizierungsmodul.pdf.
- Niedersächsischer Landtag, 18. Wahlperiode. (2021). *Drucksache 18/8650. Bericht der Enquetekommission »Sicherstellung der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Niedersachsen – für eine qualitativ hochwertige und wohnortnahe medizinische Versorgung«*. https://www.landtag-niedersachsen.de/fileadmin/user_upload/redaktion/hauptseite/downloads/gremien/kommissionen/enquete_abgeschlossen/enquetebericht_medv_18-o8650.pdf.
- Sächsisches Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt. (o.J.). *Gesundheit gemeinsam neu denken. Die Initiative für ein gesundes Sachsen*. <https://www.gesundheit-neu-denken.sachsen.de>.
- Schnurr, S. (2018). Partizipation. In H.-U. Otto, H. Thiersch, R. Treptow, & H. Ziegler (Hg.). *Handbuch Soziale Arbeit* (S. 1126–1137). Ernst Reinhardt Verlag.
- Schütz, A. (1972). Der gut informierte Bürger. Ein Versuch über die soziale Verteilung des Wissens. In A. Schütz (Hg.). *Gesammelte Aufsätze 2. Studien zur soziologischen Theorie* (S. 85–101). Nijhoff.
- Thüringer Krankenhausgesetz (ThürKHG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 30. April 2003. <https://landesrecht.thueringen.de/bsth/document/jlr-KHGETH2003V2I VZ>.
- Thüringer Landtag, 7. Wahlperiode. (2022). *Drucksache 7/4872. Herausforderungen der Zukunft in der Gesundheitsversorgung angehen – Schwerpunkte der medizinischen Versorgung im Landeshaushalt 2022 setzen*. https://parldok.thueringer-landtag.de/ParlDok/dokument/85199/thueringer_gesetz_ueber_die_feststellung_des_landeshaushaltsplan.pdf.
- Weltgesundheitsorganisation. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung*. https://intanet.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf.
- Willke, H. (2016). *Dezentrierte Demokratie. Prolegomena zur Revision politischer Steuerung*. Suhrkamp.
- Willke, H. (2014a). *Regieren. Politische Steuerung komplexer Gesellschaften*. Springer VS.
- Willke, H. (2014b). *Demokratie in Zeiten der Konfusion*. Suhrkamp.
- Wright, M. (2020). Partizipation: Mitentscheidung der Bürgerinnen und Bürger. In *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden*. Zuletzt abgerufen am 20.12.2023 von <https://leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/partizipation-mitentscheidung-der-buergerinnen-und-buerger/>.

