

H.-Jochen Zenker
Gesundheitsamt Bremen

fdr Kongress Hamburg April 2008

Berufs-, Sektor- und Institutionsübergreifende Kooperationen – Hemmnisse und Notwendigkeiten

Gestern und heute sind bereits die wesentlichen Segmente und Einflussgrößen des komplexen Sachverhalts „Kindeswohlsicherung, – Kinder, Jugendliche und Sucht“ dargestellt worden. Um Wiederholungen zu vermeiden will ich versuchen eine andere, eine abstraktere Ebene des Problemfeldes anzusprechen in dem ich in der Kürze der mir zur Verfügung stehenden Zeit systemtheoretisch/analytisch einen Blick auf das Gefüge d e r Institutionen werfe, welches für sich in der Politik, im Rechts-, Bildungs- und sozialen Sicherungssystem, in der Jugend-, Drogen- und Gesundheitshilfe sowie in der Wissenschaft und den Medien Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten reklamiert.

„Der Sinn von Grenzen liegt in der Steigerung stabilisierbarer Unwahrscheinlichkeit. Nur innerhalb der Mauern eines Klosters lässt sich gewöhnlicher Lebenssinn zur Unwahrscheinlichkeit asketischer Transzendental-Virtuosität steigern“¹ postuliert Willke, Kollege von Luhmann², dem Begründer der modernen Systemtheorie. Dieser führt den Begriff „Selbstreferenz“ (im Sinne von Selbstbezüglichkeit) ein, d.h. innerhalb eines (Teil-)Systems besteht „operative Geschlossenheit“. Nach außen werden Grenzen definiert, die es dem System erlauben, eigene Identität nach innen zu produzieren und sie gegenüber der externen Realität durchzuhalten. Im psychosozialen Hilfesystem können somit die selektive Organisation und Professionalisierung der Teilsysteme die Fähigkeit zur integrierenden Betrachtung und Verantwortung reduzieren. Luhmann vervollständigt sein systemtheoretisches Konstrukt indem er den der Biologie entlehnten Begriff der Autopoiese (im Sinne von Selbsterschaffung eines Systems) einfügt. Vor dem Hintergrund funktionaler Differenzierungen moderner Gesellschaften entstehen Teilsysteme, die sich laufend

¹ Willke H; *1945, Prof. für Staatstheorie und Global Governance Bielefeld. Er erweitert Planungs- und Entscheidungstheorie um Aspekte der gesellschaftlichen Steuerung. Dabei geht er davon aus, dass staatliche Steuerungskompetenzen vorhanden sind, durch die Komplexität moderner Gesellschaften allerdings beschränkt werden. Besonders die systemtheoretischen Kerntheoreme von [Autopoiesis](#) und [operativer Geschlossenheit](#) erschweren die Einwirkung über Systemgrenzen hinweg, sodass Steuerungsleistung vornehmlich daraus entsteht, die Rahmenbedingungen so zu gestalten, dass andere Systeme diese als handlungsstimulierend aufgriffen (Kontextsteuerung); aus Systemtheorie, UTB Gustav Fischer, 1987,

² Luhmann N; Soziale Systeme Grundriss einer allgemeinen Theorie, Frankfurt a.M. 1993

reproduzieren, d.h. operative Geschlossenheit zeigen und sich trotz vieler provozierender Impulse aus der Umwelt nur begrenzt modifizieren können.

Diese Eigenschaften, nämlich die Dominanz interner Steuerungsstruktur und die Tendenz, weitgehend geschlossene Teilsysteme mit operativer Geschlossenheit zu bilden charakterisieren auch die Institutionen des Sektors Kindeswohlsicherung/ Kinder und Jugendliche und Sucht. Weder kann per se von identischen Zielsetzungen noch von stimmigen Kooperations- und Koordinationsmustern ausgegangen werden. Die Teilsysteme des Bildungssektors, der sozialen und der gesundheitlichen Sicherung, der Polizei und der Judikative unterscheiden sich deutlich

- in ihrer Abhängigkeit von der Politik,
- in ihrem Maße an Gesetze und Versorgungsverpflichtungen gebunden zu sein,
- in ihrer Finanzierung,
- in ihrem Gesundheits- bzw. Krankheitsverständnis,
- in ihren unterschiedlichen an Prävention, Schutz, Intervention oder Integration ausgerichteten Leitbildern und Berufsgruppen.

Wenn also niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Kindertagesheime und Schulen, Jugend- und Sozialämter, Gerichte, Drogenpräventions- und Hilfeeinrichtungen und der Öffentliche Gesundheitsdienst als relativ geschlossene operative Teilsysteme zielgruppen- und zielsetzungsorientiert zusammenarbeiten sollen, wird deutlich, mit welchen Koordinierungs- und Kooperationshemmnissen und mit welchem Energieaufwand bei jeglicher Form von Harmonisierungsversuchen zu rechnen ist.

Diese Hemmnisse, d.h. eigene und fremde Grenzziehungen müssen analysiert und, da fangen die Schwierigkeiten bereits an, zunächst einmal von allen Teilsystemen auch wahrgenommen und akzeptiert werden, will man sie so weit als möglich abbauen, um der heute vorherrschenden Komplexität sozialer Systeme, die wie Luhmann anmerkt „eher einem Labyrinth, als Schnellstrassen zum frohen Ende“ gleichen, begegnen. So unterscheiden sich die Teilsysteme auch in ihrem Ausmaß an Rigidität im Sinne ideologischer Festlegungen, oder anders ausgedrückt, sie unterscheiden sich in der Fähigkeit, komplexe Erwartungen/Einflüsse (Inputs) von außen in den Determinismus, d.h. die Funktionalität ihres jeweiligen Systems aufzunehmen und sich zielführend zu verändern.

Beispielhaft können hier die Erfahrungen bei der Aufarbeitung der tragischen und dramatischen Kindeswohlgefährdungen mit Todesfolge herangezogen werden, die bisher in den Teilsystemen und sektorübergreifend nur zögerlich zu Veränderungen geführt hat. Die einvernehmlichen, reichlich abstrakten Zielsetzungen heißen Kindeswohlsicherung, Prävention, Intervention und

Wiedereingliederung im Problemfeld Sucht, sowohl für Kinder und Jugendliche als auch ihre häufig suchtgefährdeten bzw. manifest süchtigen erwachsenen Bezugspersonen.

In der Konkretion des Alltags zeigen sich jedoch recht unterschiedliche Zielsetzungen, Handlungsstrategien- und Handlungsmuster der Leistungserbringer.

- So gibt es substituierende Ärzte, die die Drogenabhängigkeit als Heroin- bzw. Methadonmangelsyndrom betrachten.
- So gibt es Jugendämter und Drogenhilfeeinrichtungen, die dem sogenannten Elternrecht, welches im engeren Sinn gar nicht gibt, übermäßig Vorrang einräumen oder die Instrumentalisierung von Kindern zur Stabilisierung der elterlichen Sucht zulassen.
- So gibt es andere Drogeneinrichtungen, die mit tradierter Strenge Abstinenzorientierung und damit hochschwellige Selektion betreiben,
- ebenso wie es quasi „eine Straßenecke weiter“ harm reduction - Angebote im Rahmen akzeptierender Drogenarbeit geben kann.

Sie alle wissen, wie mühsam es war und ist, die unterschiedlichen Teilsysteme zum Diskurs und zu abgestimmten Strategien und Handlungsmustern zu bewegen. Beispiele gibt es zu Hauf: Ist Cannabis eine Einstiegsdroge oder dessen Gebrauch in der Jugend und Adoleszenz eine zu vernachlässigende passagere Erscheinung? Eine durchaus relevante Frage in der Prävention, in der Früherkennung, in der Intervention, aber auch im Jugendhilfe- oder Bildungssystem.

Es gibt Leistungserbringer, wie z.B. niedergelassene Ärzte, die nicht nur über ihre berufliche Sozialisation sondern auch über ihr Abrechnungssystem, ein von anderen Teilsystemen zu unterscheidendes Gesundheits- und Krankheitsverständnis entwickelt haben, darüber hinaus ausschließlich angebotsorientiert arbeiten.

Demgegenüber haben Mitarbeiter von Jugendämtern oder der von ihnen beauftragten freien Jugendhilfe die Garantspflicht und können bei Verfehlungen sogar strafrechtlich belangt werden.

Und es gibt Jugend- und Sozialämter, die den Haushaltsrestriktionen folgen oder glauben folgen zu müssen, obwohl sie wissen, dass die zugewiesenen Mittel nicht zur Einhaltung ihrer gesetzlichen Verpflichtungen reichen.

Andere Teilsysteme, wie die Krankenkassen, erschweren den Aufbau integrierter Versorgung unter Einbeziehung von niedergelassenen Ärzten, Kliniken, den Wohlfahrtsverbänden und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Als wichtige Leistungsträger werden sie häufig mehr von der Sorge möglicher Ausgabensteigerungen bestimmt als von der Bereitschaft, ihr geschlossenes System auch kooperativ und konzeptionell zu öffnen.

Kindertagesheime und Schulen haben, obwohl sie die wichtigste Plattform für Prävention und Früherkennung, bzw.

Frühintervention darstellen könnten, nur sehr begrenzte konzeptionelle, strukturelle und personelle Möglichkeiten. Weitere Teilsysteme, wie z.B. Familiengerichte oder auch der ÖGD sind noch zu erwähnen, beide arbeiten mit jeweils klarem gesetzlichen Auftrag; die einen gehen maßgeblich der Frage der Kindeswohlsicherung bis hin zur Notwendigkeit einer Fremdplatzierung nach, der öffentliche Gesundheitsdienst konzentriert sich auf die notwendigen sozialmedizinischen- und sozialpädiatrischen Hilfen für Risikoschwangere und Kinder in prekären Lebensverhältnissen.

Last but sicherlich not least müssen nachdenklich seriöse aber auch ausschließlich an populistischer Profilierung interessierte politische Gruppierungen und Medien als Teilsysteme berücksichtigt werden, die entweder nachhaltig begründete verhältnispräventive, d.h. strukturelle Vorschläge zur Verbesserung der Bildungs- und Hilfsangebote machen oder aber mit Schuldzuweisungen im Sinne von „blame the victims“ und verstärkten Kontrollmaßnahmen um Zustimmung des Mainstreams in der Bevölkerung buhlen.

Dass Politik immer vom Risiko begleitet wird, Fehlentscheidungen zu treffen, ist ein zu akzeptierender Nachteil parlamentarischer Demokratien. Wem das nicht passt „der wähle sich“, frei nach dem ehemaligen hessischen Kultusminister und Sozialwissenschaftler Ludwig von Friedeburg, „einen guten Diktator“. Natürlich ist Politik ob nun gut oder schlecht, maßgeblich abhängig von der ihr nachgeordneten demokratisch legitimierten Staatsgewalt ausübenden Verwaltung und Verwaltung ist gegenüber der Politik zur Loyalität und Umsetzung der politischen Beschlüsse verpflichtet Doch zu diesem Teilsystem später.

Zusammenfassend gilt es somit zunächst festzustellen, dass im Leistungsträger- und Leistungserbringungsfeld Kindeswohlsicherung/Kinder und Jugendliche und Sucht eine große Anzahl von Institutionen tätig ist, die man systemtheoretisch als Teilsysteme bezeichnen kann, da sie in operativer Geschlossenheit jeweils eigene politische und gesetzliche Vorgaben, Zielvorstellungen, Leitbilder, Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen, Angebots- oder Nachfrageorientierungen, Versorgungsverpflichtungen etc. aufweisen. Auf hohem abstrakten Niveau besteht Einigkeit bzgl. globaler Zielsetzungen, in der Konkretion des Alltags geht es um mehr oder weniger große Schnittmengen, einen nicht unerheblichen Koordinierungs- und Kooperationsaufwand. Die Fähigkeiten der Teilsysteme ihren Drang zur Autopoiese im Sinne einer Gesamtschau kritisch zu reflektieren, d.h. die Fähigkeit sich neben der eigenen Reproduktion im Sinne von Habermas „in der mentalen Verfassung eines demokratisch aufgeklärten Commonsense auf die Erwartungen der vielstimmigen

(Fach)Öffentlichkeit“³ einzustellen, sind begrenzt. Deshalb bedürfen sie der kontinuierlichen präzisen Beobachtung, Analyse und Bewertung, um einer besseren Zielorientierung und Effizienz für die potentiell und manifest Betroffenen gerecht werden zu können.

Vor 1990 standen sich in Europa zwei divergierende soziale Sicherungssysteme konkurrierend gegenüber. In Staaten des realen Sozialismus wie z. B. der DDR existierten abgeschlossene ideologisch determinierte Systeme, mit geringer Differenzierung, eingeschränkter Bedarfs- und Bedürfnisorientierung sowie unterschiedlicher Effizienz. In der Bundesrepublik bestand funktionale Differenzierung bei staatlicher Rahmensetzung und Betonung des Subsidiaritätsprinzips. Nach dem Zusammenbruch des Ostblocks setzten im Westen auch im System gesundheitlicher und sozialer Sicherung, Rückzug politischer Gestaltung, Outsourcing, Marktorientierung, Deregulierung und Neoliberalismus ein. Und das vor dem Hintergrund zunehmender staatlicher Haushaltsrestriktionen. Die Schwächen und die negativen Folgen dieser Systementwicklung sind offensichtlich (J. T. Harts „inverse care law“⁴ lässt grüßen!), sonst würde es diesen Kongress nicht geben.

Wenn wir also mit unserem in Teilen ineffektiven und ineffizienten pluralistischen System unzufrieden sind, aber staatlichem Zentralismus und Rigorismus kritisch gegenüberstehen, bedarf es dann nicht dennoch zumindest einer Stärkung demokratisch legitimierter Regulierung und der Zuweisung eindeutiger Steuerungsverantwortung? Ganze Teilsysteme haben sich doch inzwischen weitgehend ihrer gesamtgesellschaftlichen Verantwortung entledigt und Politik und reduzierte Verwaltung schwächeln gegenüber den großen Lobbyisten z.B. der Wohlfahrt, den Krankenkassen, den niedergelassenen Ärzten, den Krankenhäusern oder der pharmazeutischen Industrie. In weiten Teilen haben sich die Machtverhältnisse umgekehrt, obwohl es nach Meinung vieler Experten⁵, eingeschlossen die wirklich unverdächtige Welt Bank, keine praktische Alternative zur Wiedererlangung der gesellschaftlichen Führungsrolle des Staates gibt. Für jemanden, der sich die letzten 35 Jahre in der Verantwortung

³ Habermas J; Glauben und Wissen, Dankesrede zur Verleihung des Friedenspreises des deutschen Buchhandels 2001; <http://www.glasnost.de/docs01/011014habermas.html>

⁴ Hart J.T. The inverse care law, Lancet 1971 Hart beschreibt das Phänomen aller westlichen Industriestaaten: Diejenigen, die die meisten Gesundheitsdienstleistungen bekommen, die benötigen eigentlich am wenigsten, und umgekehrt: Diejenigen erhalten am wenigsten, die eigentlich am meisten benötigen!

⁵ Fukuyama F, The imperative of state building; Journal of Democracy Volume 15, Number 2 April 2004 Fukuyama. zitiert den konservativen Ökonomen und Befürworter des "freien Marktes" M. Friedman, der 2001 konstatierte, dass er noch vor 10 Jahren "Privatisierung, Privatisierung, Privatisierung" proklamiert habe und heute zu der Einsicht gelangt sei, dass die politische und gesetzliche Rahmensetzung wichtiger sei als die Privatisierung.

tragenden Region für den themen -und problemzentrierten Diskurs aller vor Ort verantwortlichen Leistungsträger -und Erbringer mit der Zielsetzung einheitliche und rationale und effiziente Versorgungsstrukturen zu fördern, eingesetzt hat, bleiben deshalb, fast gebetsmühlenartig, die folgenden Forderungen und Appelle:

- Wir brauchen den an nationalen und regionalen prioritären Gesundheitszielen ausgerichteten integrierenden Diskurs aller Leistungsträger- und Erbringer, die einzelinteressengeleitete isolierte Angebotsorientierung bzw. die dysfunktionale Abschottung von Teilsystemen ist inakzeptabel. Allen Beteiligten muss klar sein, dass die Vielfalt der bundesrepublikanischen Leistungsträger- und Erbringer unser System extrem unübersichtlich und teuer, d.h. zwar in Teilen effektiv, aber insgesamt ziemlich ineffizient, wenn nicht sogar in Teilen insuffizient und defizitär gemacht hat und macht. Es ist nur eine Frage der Zeit, wann wir endgültig an der Grenze der Finanzierbarkeit und Steuerbarkeit diese liberalistischen Systems angelangt sein werden.
- Wenn nicht alle,- auch in ihrem eigenen Interesse mehr zusammenrücken, werden nicht nur die Betroffenen, sondern auch wir, die Politiker, die Verbände und Professionellen in der Sackgasse landen!
- Der Diskurs ist wichtig zur gemeinsamen inhaltlichen Positionierung möglichst aller Beteiligten, er ist jedoch noch wichtiger als Bestandteil von Politikberatung. Politiker sind auf unsere Fachlichkeit und unsere Erfahrungen angewiesen.
- Wir brauchen die fachliche und administrative Stärkung der Verwaltung als Steuernde, weniger direkt Leistungserbringende jedoch Ausführende demokratisch legitimierter Staatsgewalt, und
- Wir brauchen die Abkehr lamentierender, sich auf die überstrapazierte Rolle von steuerfinanzierten Kostenträgerschaft zurückziehender Lokalpolitik. Wir brauchen die Renaissance einer nicht nur interessierten und bewussten sondern auch gestaltenden, d.h. entscheidenden regionalen Gesundheits- und Sozialpolitik. Von sich aus wird die Politik kaum den Wandel herbeiführen können; dazu erscheint sie mir tendenziell zu schwach. Wir, die Professionellen müssen deshalb ihre Stärke als Strukturmerkmal gelebter Demokratie einfordern, akzeptieren und unterstützen!

Ich habe abstrakt begonnen und ende abstrakt appellativ. Das mag einigen von Ihnen vielleicht nicht sonderlich zugesagt haben. Ich könnte deshalb auch, jenseits aller Ernsthaftigkeit, schließen:
Machen Sie doch damit was sie wollen!