

Sektorenübergreifende Versorgung für multimorbide alte Menschen

**Diakonie für ältere
Menschen**

Diakonische Vision und
gesundheitpolitische
Forderungen

Januar 2017

Inhalt

3	Vorwort	
4	Zusammenfassung	
4	Einführung und Problemaufriss	
4	Diakonische Vision einer sektorenübergreifenden Versorgung multimorbider alter Menschen	
5	Gesundheitspolitische Forderungen	
8	1. Einführung	
10	2. Problemaufriss sektorenübergreifender Versorgung multimorbider alter Menschen	
10	2.1 Gesundheitliche Lage alter Menschen	
10	2.2 Ausgangsbedingungen im Gesundheitssystem	
12	2.3 Drei exemplarische Schauplätze der Versorgung alter Menschen	
18	3. Diakonische Vision sektorenübergreifender Versorgung für multimorbide alte Menschen	
18	3.1 Leitideen	
20	3.2 Vorschlag für einen regionalen Verbund	
24	4. Kriterien guter Praxis für die sektorenübergreifende Versorgung alter Menschen	
25	5. Gesundheitspolitische Forderungen	
25	5.1 Gemeinwesenorientierte Kooperation statt Wettbewerb fördern	
26	5.2 Integrierte Versorgungsplanung und Sicherstellung der medizinischen Versorgung politisch verantworten	
27	5.3 Rechtsaufsicht neu ordnen	
28	5.4 Ein gemeinsames Budget und gleichwertige Vergütungsregeln für die ambulante und stationäre Krankenbehandlung schaffen	
28	5.5 Vergütung neu ausrichten	
28	5.6 Medizinische Rehabilitation für alte Menschen flexibel gestalten und zugänglich machen	
29	5.7 Prävention und Gesundheitsförderung konsequenter lebenslagenorientiert ausbauen	
30	5.8 Außerhäusliche Mobilität absichern	
30	5.9 Offene Altenhilfe als verpflichtende Aufgabe der Kommunen festlegen und finanzieren	
30	5.10 Gesundheitliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen sicherstellen	
30	5.11 Mehr Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe, Delegation und Substitution strukturell besser ermöglichen	
31	5.12 Zuzahlungen begrenzen	
31	5.13 Neue institutionelle Versorgungsformen in ländlichen Regionen fördern	
31	5.14 Die soziale Ökonomie fortentwickeln	
32	Mitglieder der Projektgruppe	
35	Impressum	

Vorwort

Die Zahl alter und hochaltriger Menschen nimmt zu. Viele von ihnen haben mehrere Erkrankungen, sind pflegebedürftig oder behindert. Selbstverständlich wollen sie trotz funktio-neller Einschränkungen so selbstbestimmt wie möglich am gesellschaftlichen Leben teilnehmen.

Dem deutschen Gesundheitswesen fällt es schwer, sich auf diese Situation einzustellen. Es ist hochgradig ausdifferenziert und spezialisiert. Sektoren-, einrichtungs- und berufsgrup-penübergreifendes Handeln ist aber notwendig. Die Gruppe sehr alter Menschen mit mehrfachen Erkrankungen ist darauf angewiesen, dass akutmedizinische, rehabilitative und weitere Leistungen gut aufeinander abgestimmt werden. Dies gilt ins-besondere für Menschen, die alleine leben oder keine Ange-hörigen haben, die sie durch das komplexe Versorgungssys-tem navigieren können, oder die finanziell nicht in der Lage sind, sich Hilfen einzukaufen.

Die Diakonie Deutschland hat Leitideen für eine sektoren-übergreifende Versorgung und Grundzüge eines Strukturmo-dells für die Versorgung im Verbund entwickelt. Das Modell der Diakonie unterscheidet sich deutlich von anderen Ent-würfen, denn es geht weit über die medizinische Versorgung hinaus und integriert sozialräumliche Angebote, Dienste und Einrichtungen, die soziale Teilhabe ermöglichen. Es zeichnet die Diakonie aus, dass sie beides zusammenbringt: passge-naue Dienstleistungen für Menschen auf vielfältigen sozialen Gebiete und das sozialräumliche Denken und Handeln in ver-netzten Strukturen im Quartier. Im Fokus unseres Jahresthe-mas 2015/16 steht die Frage, wie Menschen und Organisatio-nen füreinander Verantwortung übernehmen, Partizipation leben und Inklusion zur Selbstverständlichkeit wird. „Suchet der Stadt Bestes!“ (Jeremia 29, 4–14a) schrieb der Prophet Jeremia an Weggefährten in Babel. Damit machte er ihnen Mut, sich auf ein Leben in der Diaspora einzulassen. Er for-derte nicht die Abgrenzung von der fremden Außenwelt, son-

dern sich konsequent auf die Umwelt einzulassen – wohl-wissend, dass das Wohlergehen einer Gemeinde untrennbar vom Wohlergehen ihrer Umwelt ist. Ähnliches gilt für die Gesundheitsversorgung. Auch sie hat den Auftrag, das Beste für die Stadt und ihre Bewohner/innen zu suchen. Dazu ist es nötig, sich nicht im Sinne der hochspezialisierten medizini-schen Disziplinen abzugrenzen, sondern sich aufeinander einzulassen und miteinander die Situation der Kranken und Hochaltrigen zu gestalten. Aus christlicher Perspektive ist selbstverständlich, dass Menschen Zugang zu komplexer gesundheitlicher Versorgung genauso wie zu gesellschaft-licher Teilhabe benötigen, um gesund zu bleiben.

Bereits jetzt werden viele Elemente sektorenübergreifender Versorgung in einer guten Praxis gelebt, an denen sich zum Beispiel diakonische Krankenhäuser, Beratungsstellen und Pflegeeinrichtungen beziehungsweise -dienste beteiligen. Aus diesen Praxiserfahrungen können wir für die Zukunft ler-nen. In der Praxis werden aber auch die strukturellen Gren-zen einer ganzheitlichen Versorgung deutlich. Es ist die Auf-gabe der Gesundheitspolitik, diese Grenzen zu verändern. Die Herausforderung besteht darin, die politischen Rahmen-bedingungen für sektorenübergreifende Versorgung und kooperatives Handeln aller Akteure – statt wettbewerblicher Lösungen – zu schaffen. Nur mit den richtigen gesundheits-politischen Rahmenbedingungen können diakonische Träger und Einrichtungen die sektorenübergreifende Versorgung umfassend in die Tat umsetzen und Menschen Teilhabe bis ins hohe Alter ermöglichen.



Maria Loheide
Vorstand Sozialpolitik Diakonie Deutschland

Zusammenfassung

Einführung und Problemaufriss

Ein steigender Anteil älterer und hochaltriger Menschen und die Zunahme von Multimorbidität und chronischer Erkrankung legen einen Perspektivenwechsel im Gesundheitssystem nahe. Gut abgestimmte präventive, sozialarbeiterische, kurative, rehabilitative, pflegerische und weitere psychosoziale Leistungen können dazu beitragen, mehrfach erkrankten alten Menschen trotz bestehender funktioneller Einschränkungen eine größtmögliche Selbstbestimmung und Teilhabe zu ermöglichen, das heißt eine den eigenen Wünschen und Interessen entsprechende Versorgung als Basis für eine gute Lebensqualität.

Für eine gelingende Versorgung multimorbider alter Menschen bedarf es aus Sicht der Diakonie der strukturellen Stärkung einer gemeinwesen- und gemeinwohlorientierten Koordination und Kooperation der Akteure im Sozialraum über Sektorengrenzen hinweg und eines umfassenden Perspektivwechsels hin zu einer Selbstbestimmungs- und Teilhabe-orientierten Neuausrichtung der Versorgung.

Im vorliegenden Positionspapier werden strukturelle Hürden ausfindig gemacht und analysiert, die im Arbeitsalltag den Helfenden eine nahtlosen Zusammenarbeit in der Versorgung alter multimorbider Menschen erschweren – und so immer wieder Pionierarbeit Einzelner erfordern, um diese Hürden im Interesse der Betroffenen zu überwinden. Auf Basis von drei exemplarischen Schauplätzen der Versorgung (häusliche Versorgung, akutstationärer Krankenhausaufenthalt und stationäre Pflegeeinrichtung) und der jeweils zentralen Herausforderungen und Schnittstellenprobleme wird eine Vision sektorenübergreifender Versorgung entwickelt.

Diakonische Vision einer sektorenübergreifenden Versorgung multimorbider alter Menschen

Die Diakonie setzt sich für den flächendeckenden Ausbau regionaler gemeinwesenorientierter Verbünde für multimorbide

alte Menschen ein, in denen alle vor Ort beteiligten Akteure bezogen auf einzelne Schauplätze der Versorgung, aber auch übergreifend im Hinblick auf Versorgungspfade, mit einer neuen integrativen Perspektive zusammenarbeiten können.

Hierfür ist perspektivisch der Aufbau lokaler Verbundstrukturen notwendig, die

- a) die gesamte Breite sektorenübergreifender Versorgung einbeziehen, die
- b) stabil und verbindlich sind, und die
- c) so flexibel handlungsfähig sind, dass unterschiedliche Fallverläufe mit gleichbleibend guter Qualität im Verbund bewältigt werden können.

Leitideen für die Strukturentwicklung: Die Diakonie konkretisiert die inhaltliche Ausrichtung und strukturelle Gestaltung solcher Verbünde im Kapitel 3.1 unter den Schlagworten „Selbstbestimmung und Teilhabe“, „Personenzentrierung“, „Kontinuität“, „Ambulante Ausrichtung“, „Beratung und Fallbegleitung“, „Politische Verantwortung“, „Regionalbezug“, „Populationsbezug“ und „Trägerübergreifende Zusammenarbeit“.

Auf Basis dieser Leitideen wird ein Konzept eines regionalen Verbunds für multimorbide alte Menschen zur Diskussion gestellt (Kapitel 3.2, siehe Grafik Seite 22).

Profilgebend für dieses Verbundmodell ist, dass es weit über die kurative Versorgung hinausgeht. Damit unterscheidet es sich deutlich von ausschließlich medizinisch orientierten Modellen. Gerontologische Fachkompetenz in Form von Fallbegleitungen und fachlicher Planung, aber auch die Einbindung weiterer psychosozialer Hilfen, ehrenamtlicher Unterstützung und insgesamt die Verankerung in der Region, das heißt die Gemeinwesenorientierung ist fester Bestandteil.

Insbesondere betont die Diakonie, dass es nicht um eine weitere Ausdifferenzierung und Ausbildung eines neuen spezialisierten Versorgungszweiges gehen sollte. Stattdessen favorisiert das Modell die bessere Koordination und wo nötig den Ausbau und die Ergänzung der bereits vorhandenen vorrangig

niedrigschwelligen und gemeindenahen Regelversorgung, die durch geriatrisches und gerontologisches Spezialwissen ergänzt wird.

Ein solcher Verbundaufbau braucht Zeit, Geld und veränderte rechtliche Rahmenbedingungen. Die aktuellen gesetzlichen Regelungen erschweren gegenwärtig eine bessere Zusammenarbeit über Sektorengrenzen hinweg eher, als dass sie sie befördern. Dennoch engagieren sich bereits jetzt viele (diakonische) Träger und Einrichtungen, nicht zuletzt, weil der Wunsch nach einer sinnvollen, ‚nahtlosen‘ und möglichst erfolgreichen Versorgung bei den beteiligten Berufsgruppen zum professionellen Ethos und zur evangelischen Verantwortung gehört. Auch unter den aktuellen Rahmenbedingungen haben jeder Pflegedienst, jede Beratungsstelle, jedes Krankenhaus, jede hausärztliche Praxis und so weiter die Möglichkeit, sich in Richtung einer gelingenden sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und in Richtung einer selbstbestimmungs- und teilhabeorientierten Versorgung alter Menschen zu orientieren. Im Kapitel 4 werden Kriterien guter Praxis für die sektorenübergreifende Versorgung alter Menschen vorgeschlagen, wie Dienste und Einrichtungen unter den gegebenen Rahmenbedingungen handeln können, um zum Gelingen einer solchen Versorgung beizutragen.

Gesundheitspolitische Forderungen

Sektorenübergreifende Arbeitsweisen nach dem von der Diakonie vorgeschlagenen Modell sind in der Praxis bisher nur in Ansätzen und in einzelnen Regionen vorzufinden und erreichbar. Für eine umfassendere Umsetzung sind nicht zuletzt gesundheitspolitische Reformen notwendig. Unter der Diagnose, dass gegenwärtig Bemühungen um mehr Zusammenarbeit vorwiegend pionierhaft vor Ort und trotz erschwerender Rahmenbedingungen erfolgen, muss es aus Sicht der Diakonie vorrangig darum gehen, ebendiese strukturelle Basis der Arbeit kooperationsfreundlicher zu gestalten.

1. Gemeinwesen-orientierte Kooperation statt Wettbewerb fördern

Der flächendeckende Ausbau gut koordinierter gemeinwesen-, selbstbestimmungs- und teilhabeorientierter Hilfestrukturen für multimorbide alte Menschen kann nur gelingen, wenn die Gesundheits- und Sozialpolitik mehr als bislang inhaltlich zielgerichtet gestaltet und die Versorgung politisch verantwortet wird. Die Anreize zur regionalen Kooperation, populationsbezogenen Zusammenarbeit und gemeinsamen Verantwortungsübernahme aller Akteure müssen die bisherigen

Wettbewerbsanreize überwiegen. Es braucht politischen Gestaltungswillen, auf der Ebene der Systemsteuerung einzugreifen und das Verhältnis zwischen den staatlichen Stellen, insbesondere auf Landes- und kommunaler Ebene, den Sozialversicherungen, der ärztlichen Selbstverwaltung und anderen Leistungserbringern neu zu bestimmen.

2. Integrierte Versorgungsplanung und Sicherstellung der medizinischen Versorgung politisch verantworten

Die Diakonie plädiert für eine Neujustierung des Verhältnisses zwischen Politik und Selbstverwaltung auf den Ebenen der Versorgungsplanung, der Sicherstellung der Versorgung und der Rechtsaufsicht. Eine integrierte Versorgungsplanung der ambulanten und der stationären Versorgung ist als Rahmenplanung auf Länder- beziehungsweise Landkreis/kommunaler Ebene zu gestalten, die durch kooperative und gegebenenfalls wettbewerbliche Elemente gefüllt und durch eine neue Finanzierungssystematik unterstützt wird. Für die Etablierung sektorenübergreifender Verbände muss das wettbewerbliche Element zurück stehen, denn die Politik und die Leistungsträger sind gehalten, die Verbundbausteine bedarfsorientiert sicherzustellen. Die Aufgabe der Krankenkassen und der Leistungserbringer ist es, den politisch vorgegebenen Rahmen vertraglich auszufüllen. Der Sicherstellungsauftrag bleibt für den ambulanten Bereich in der gemeinsamen Verantwortung von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen, für den stationären Bereich bei den Ländern. Wird der Sicherstellungsauftrag nicht umgesetzt, erhalten die Länder Durchgriffsrechte.

3. Rechtsaufsicht neu ordnen

Die Übernahme der politischen Letztverantwortung durch die Länder bedingt, dass die Landesbehörden Durchgriffsrechte haben, falls die Vorgaben der Versorgungsplanung nicht erfüllt werden. Die Diakonie spricht sich für eine funktionale Neuaufteilung der Rechtsaufsicht aus: Die Aufsicht über die Haushalte der Krankenkassen sollte dem Bundesversicherungsamt übertragen werden, die Aufsicht über die regionale Versorgung und die Vertragsgestaltung hingegen den Landesbehörden. Bundesamt und Landesbehörden haben sich eng abzustimmen.

4. Ein gemeinsames Budget und gleichwertige Vergütungsregeln für die ambulante und stationäre Krankenbehandlung schaffen

Soll eine integrierte Planung auch umgesetzt werden, ist ein gemeinsames Budget für die niedergelassenen Ärztinnen

und Ärzte und weiteren Therapeutinnen und Therapeuten und für die Krankenhäuser notwendig. Dieses Anliegen ergibt sich nicht nur aus der in den letzten Jahren erfolgten faktischen Öffnung der Krankenhäuser für zahlreiche Aufgaben der ambulanten Versorgung, sondern ist auch nötig, um einer umfassenden Zusammenarbeit entgegenwirkende Interessenlagen zu neutralisieren. Ziel muss es sein, für verschiedene mögliche Settings in Zukunft vergleichbare indikations- und aufwandsbezogene Vergütungen bereitzustellen, damit diejenigen Versorgungsformen gezielt aufgebaut und entwickelt werden können, die von den betroffenen alten Menschen gewünscht werden und die fachlich sinnvoll erscheinen, nicht diejenigen, die finanziell am attraktivsten sind.

5. Vergütung neu ausrichten

Bei der Vergütung, die auch Haus- und Einrichtungsbesuche attraktiv zu finanzieren hat, ist zu berücksichtigen, dass die Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten aufgrund ihrer Multimorbidität oftmals besonders aufwendig und zeitintensiv ist. Insbesondere bei demenzerkrankten Menschen ist der Zeitfaktor beim Assessment und der Therapie zu beachten. Die Diakonie schlägt sektoren- und einrichtungsübergreifende regional bezogene Budgets für verbundübergreifende Leistungen vor, wie etwa für Fallbegleitungen, Fallkonferenzen, für die Informations- und Kommunikationsarbeit zur Sicherstellung des Verbunds und für Qualitätszirkel. Vergütungsanreize, die widerstreitende Interessen befördern, Leistungen in die eigene Einrichtungen zu ziehen, sind zu vermeiden. Fachliche Argumente müssen den Versorgungspfad stärker prägen.

6. Medizinische Rehabilitation für alte Menschen flexibel gestalten und zugänglich machen

Der Zugang zur Rehabilitation ist für alte Menschen zu erleichtern. Rehabilitative Leistungen sind zeitlich und den Leistungsinhalten nach zu flexibilisieren. Je nach Bedarf sollten kürzere und längere Rehabilitationsphasen möglich sein, die auch als Intervall zu gestalten sind. Schließlich sollte es möglich sein, stationäre, ambulante und mobile Formen zu kombinieren. Der individuelle Rehabilitationsbedarf ist übergreifend festzustellen. Träger- und sektorenübergreifende Teilhabekonferenzen stellen ein geeignetes Instrument dar. Sind mehrere Rehaträger in der Pflicht, ist ein trägerübergreifender Teilhabeplan mit dem betroffenen Menschen zu formulieren.

7. Prävention und Gesundheitsförderung konsequenter lebenslagenorientiert ausbauen

Das Präventionsgesetz ist dahingehend zu reformieren, dass in Zukunft die Zivilgesellschaft verbindlich in die Vereinbarungen auf Bundes- und Landesebene einbezogen ist und auf Landesebene sozialleistungsträgerübergreifende Programme verabschiedet werden. Mit einer bloßen Weiterführung vornehmlich zeitlich befristeter Projekte in der Regie der Krankenkassen ist eine Präventionsstrategie nicht vereinbar.

8. Außerhäusliche Mobilität absichern

Unterstützungsangebote, die den Betroffenen helfen, auch bei bestehenden Mobilitätseinschränkungen den Alltag außerhalb der Wohnung weiterführen zu können (Einkäufe, soziale Kontakte et cetera), sind in vielen Regionen, nicht ausreichend entwickelt. Bei körperlichen Funktionseinschränkungen droht soziale Isolation und Vereinsamung. Aus Sicht der Diakonie besteht der Anspruch auf außerhäusliche Mobilität (auch) für alte multimorbide in ihrer Teilhabe eingeschränkte Menschen. Entsprechende Angebote sind flächendeckend auszubauen und sicherzustellen.

9. Offene Altenhilfe als verpflichtende Aufgabe der Kommunen festlegen und finanzieren

Die gemeinwesenorientierte Altenarbeit ist ein wesentlicher Bestandteil einer teilhabe- und gesundheitsorientierten kommunalen Daseinsvorsorge. Sie soll auch dazu beitragen, dass alte Menschen in einem auf ihre Bedürfnisse und ihren Willen ausgerichteten Umfeld leben und Unterstützungssysteme finden. Altenarbeit im Gemeinwesen verlangt, dass die kommunale Sozialplanung – jenseits eines versäulten Denkens – in transparenten und partizipativen Strukturen verläuft und als kommunale Pflichtaufgabe gesetzlich formuliert wird. Damit sie nachhaltig ist, braucht sie ein kommunales Basisbudget. Zu ihren Aufgaben sollte die Beteiligung an den oben genannten Verbänden gehören.

10. Gesundheitliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen sicherstellen

Die Diakonie sieht vor allem die Kassenärztlichen Vereinigungen in der Pflicht, die Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen sicherzustellen. Dazu wird vorgeschlagen, die Kann-Regelung des § 119b SGB V (Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen) in eine verpflichtende Bestimmung umzuwandeln. Außerdem ist gerade in stationären Pflegeeinrichtungen, in denen geriatrische Problemkonstellationen in besonderem Maße kumulieren, eine geriatrische Basisqualifikation der betreuenden Vertragsärztinnen und -ärzte sicherzustellen.

11. Mehr Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe; Delegation und Substitution strukturell besser ermöglichen

Auch vor dem Hintergrund der deutlich komplexeren und in kooperativeren Formen stattfindenden Arbeit in Verbänden, spricht sich die Diakonie dafür aus, die Diskussion um die Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen an Gesundheitsfachberufe zu intensivieren und entsprechende gesetzliche Neuregelungen zu forcieren. Durch ihre fachliche Aufwertung werden diese Berufe nicht nur attraktiver, es würde auch das mancherorts bereits faktisch übernommene breitere Aufgabenspektrum einer stärker teilhabeorientierten Versorgung reflektieren. Eine Weichenstellung stellen hierfür auch die Studien- beziehungsweise Ausbildungsordnungen dar, die die Vermittlung von berufsgruppen- und sektorenüberschreitender Teamarbeit noch verbindlicher aufnehmen sollten.

12. Zuzahlungen begrenzen

Im Zusammenhang mit der Versorgung alter Menschen bestehen vor allem Probleme der Zuzahlung bei Hilfsmitteln. Sie sind für viele alte Menschen unverzichtbare Elemente der rehabilitativen Versorgung, zugleich aber mit hohen Eigenbeteiligungen verbunden. Auf sie ist im Interesse der Teilhabe alter Menschen zu verzichten.

13. Neue institutionelle Versorgungsformen in ländlichen Regionen fördern

Die vom Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen 2015 vorgeschlagenen Gesundheitszentren antworten nicht nur auf die komplexen sektorenübergreifenden Bedarfe von Patientinnen und Patienten, sondern auch auf Versorgungsengpässe in bevölkerungsarmen ländlichen Regionen. Sie können die Versorgung ambulantisieren, indem sie Krankenhauseinweisungen vermeiden, sie vernetzen sich aber auch mit stationär vorgehaltenen Kompetenzen. Sie leisten vielfältige Verknüpfungsaufgaben, auch die Integration mit der fachärztlichen Grundversorgung. In stationärer, ambulanter oder mobiler Form können medizinisch-rehabilitative Aufgaben von diesen Zentren wahrgenommen werden. Sie können Beratungsaufgaben wahrnehmen und aufsuchend tätig werden. Sie können Lotsen- und Fallbegleitungsaufgaben erfüllen. Entsprechend bieten sich diese Zentren auch an, zentrale Koordinierungsaufgaben beim Aufbau von sektorenübergreifenden Verbänden für alte Menschen zu übernehmen. Sie sind für dieses Aufgabenprofil personell auszustatten und zu refinanzieren.

14. Die soziale Ökonomie fortentwickeln

Krankenhäuser, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Gesundheitszentren und andere Dienste und Einrichtungen in den Verbänden, die sich verpflichten, die Versorgung in einer Region sicherzustellen, arbeiten auf diese Weise unmittelbar in sozialer Verantwortung. Die Risiken einer nur selektiven Wahrnehmung sozialer Aufgaben und die Überformung oder gar Beschädigung fachlichen Handelns durch privatwirtschaftliche Gewinnorientierung sind bei sozialwirtschaftlichen Unternehmen ungleich geringer. Dies spricht für den Ausbau der Partnerschaft zwischen Ländern und Kommunen, den Sozialversicherungen und der Sozialwirtschaft.

1. Einführung

Das Gesundheitssystem in Deutschland tut sich aus verschiedenen Gründen schwer, eine gute Versorgung für chronisch kranke Menschen zu gewährleisten. Ein Grund hierfür ist die Tatsache, dass die Versorgung hochgradig ausdifferenziert und spezialisiert, aber zugleich nur wenig koordiniert ist.

Das vorliegende Positionspapier konzentriert sich auf die Versorgung multimorbider alter Menschen. Im Alter steigt die Wahrscheinlichkeit, chronisch zu erkranken. Pflegebedürftigkeit und Behinderung drohen oder bestehen bereits. Dadurch können auch die selbstständige Lebensführung und die Beteiligung am sozialen Leben eingeschränkt sein. Das ist ganz besonders dann wahrscheinlich, wenn Menschen sozial isoliert und arm sind. In diesem Fall bündeln sich mehrere Dimensionen ihrer Lebenslage derart, dass sie von sozialer Exklusion und Unterversorgung bedroht sind.

Gut abgestimmte präventive, sozialarbeiterische, kurative, rehabilitative, pflegerische und weitere psychosoziale Leistungen können dazu beitragen, alten multimorbiden Menschen trotz bestehender funktioneller Einschränkungen eine größtmögliche Selbstbestimmung und Teilhabe zu ermöglichen, das heißt, eine den eigenen Wünschen und Interessen entsprechende Versorgung und gute Lebensqualität. Die Gestaltung einer sektorenübergreifenden Zusammenarbeit hilft, auch Menschen, die wenige individuelle und soziale Ressourcen haben, gut zu versorgen.

Die Diakonie verfolgt mit dieser Positionierung zwei Ziele: Das strukturelle Ziel einer gemeinwesenorientierten Koordination und Kooperation der Akteure im Sozialraum über Sektorengrenzen hinweg wird mit dem inhaltlichen Ziel eines

umfassenden Perspektivwechsels hin zu einer Selbstbestimmungs- und Teilhabe-orientierten Neuausrichtung der Versorgung verbunden.

Zum einen ist durch mehr Zusammenarbeit besser abzusehen, dass auch bei gegenläufigen (wirtschaftlichen) Interessen für alte multimorbide Menschen die jeweils fachspezifisch beste Lösung gefunden wird. Aber auch eine unter den professionell Helfenden gut koordinierte und fachlich optimale Lösungsfindung ist nicht notwendigerweise das Beste aus Sicht der Betroffenen. Deshalb muss zum anderen die Versorgung in jedem Einzelfall mit dem betroffenen Menschen, seinen oder ihren Wünschen ausgehandelt werden. Die Würde des alten Menschen wird geachtet, wenn der biographisch fundierte Sinn und Eigensinn des Menschen, seine Autonomie, auch gegen die Voten professioneller Helferinnen und Helfer respektiert wird.

Selbstbestimmung bezeichnet hier (nach Heusinger/Klünder 2005 beziehungsweise von Kardorff/Meschnig 2009¹) die Möglichkeit, selbst zu entscheiden oder Entscheidungen (zeitweise) zu delegieren. Selbstbestimmung umfasst erstens das Sprechen mit der eigenen Stimme („voice“). Um die eigene Stimme zur Geltung zu bringen, bedarf es vielfach einer unterstützenden Befähigung. Der zweite Aspekt betrifft die Entscheidungsmöglichkeiten über das eigene Leben („choice“): Das meint erstens die Wahrnehmung des gesetzlich verbrieften Wunsch- und Wahlrechts bezüglich Teilhabeleistungen nach SGB IX (§9); zweitens die Unterstützung bei den Versuchen, die Kontrolle über die relevanten Aspekte der eigenen Lebensführung zu erlangen und drittens das Aushandeln der Umsetzungsmöglichkeiten spontaner Wünsche. Damit ergibt

1 Josefine Heusinger, Monika Klünder (2005): Ich lass mir nicht die Butter vom Brot nehmen – Aushandlungsprozesse in häuslichen Pflegearrangements. Mabuse Verlag, Frankfurt am Main.
Ernst von Kardorff, Alexander Meschnig (2009): Pflege und Pflegepolitik im Wandel. In: Garms-Homolova, von Kardorff, Theiss, Meschnig: Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Pflegebedarf. Konzepte und Methoden. Frankfurt am Main, 35–46.

sich eine große Nähe zum Selbstbestimmungsbegriff im Sinne des SGB IX, der UN-Behindertenrechtskonvention und der Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen (BMFSFJ 2007).

Teilhabe bedeutet in diesem Kontext, dass multimorbide alte Menschen sich trotz eingeschränkter Selbstständigkeit am gesellschaftlichen Leben im Allgemeinen – und ganz konkret an der Gestaltung ihrer Versorgung – beteiligen können. Teilhabe in dem in diesem Papier formulierten Sinne ist nicht gleichbedeutend mit Selbst- oder erfolgreicher Interessenverwirklichung, aber mit der Möglichkeit, im sozialen Leben mitzuspielen, um Interessen und Wünsche in die soziale Praxis einzubringen. Es geht um das Einbezogensein in unterschiedliche soziale Handlungsfelder, von der Kommunikation und Mobilität über die interpersonalen Beziehungen bis zum gemeinschaftlichen beziehungsweise staatsbürgerlichen Leben. Darin schließen wir an die Handlungsbereiche („Domänen“) der Internationalen Klassifikation Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) an.

In diesem Positionspapier werden zunächst strukturelle Hürden aufgefunden und analysiert, die im Arbeitsalltag den Helfenden eine nahtlose Zusammenarbeit in der Versorgung alter multimorbider Menschen erschweren – und so immer wieder Pionierarbeit Einzelner erfordern, um diese Hürden im Interesse der Betroffenen zu überwinden.

Auf Basis von drei exemplarischen Schauplätzen der Versorgung multimorbider alter Menschen und der jeweils zentralen Herausforderungen und Schnittstellenprobleme entwickelt die Diakonie im Folgenden eine Vision sektorenübergreifender Versorgung: Es werden Leitideen für die Strukturentwicklung zur Diskussion gestellt sowie ein konkreter Vorschlag, wie ein regionaler Verbund für alte Menschen aussehen könnte. Außerdem werden Kriterien guter Praxis formuliert, wie diakonische Dienste und Einrichtungen schon unter den gegebenen Rahmenbedingungen handeln können, um zum Gelingen einer guten Versorgung beizutragen. Den Abschluss bilden gesundheitspolitische Forderungen im Sinne einer Strukturreform des Gesundheitssystems.

2. Problemaufriss sektorenübergreifender Versorgung multimorbider alter Menschen

2.1 Gesundheitliche Lage alter Menschen

In Deutschland, wie in anderen europäischen Ländern, steigt durch den Rückgang der Sterblichkeit und die Zunahme der Lebenserwartung der Anteil älterer und alter Menschen. Insbesondere im Übergang zur Hochaltrigkeit nehmen gesundheitliche Beschwerden, funktionelle Einschränkungen und chronische Erkrankungen exponentiell zu. Ungefähr drei Viertel aller hochaltrigen Menschen leiden an zwei oder mehr Erkrankungen gleichzeitig. Demenzerkrankungen spielen eine bedeutende Rolle. Der größte Teil der beschriebenen Menschen lebt in der eigenen Wohnung. Fragen der Alltagsgestaltung, der Selbstbestimmung und Teilhabe am sozialen Leben, trotz eingeschränkter Selbstständigkeit, sind für viele sehr alte Menschen wesentlich. Darauf muss sich die Gesundheits- und Sozialpolitik einstellen.

Bei gleicher körperlicher Gesundheit fällt es alten Menschen mit höherem Bildungsstand und damit meist besseren sozialen und ökonomischen Ressourcen leichter, ihre Mobilität und Selbstständigkeit aufrechtzuerhalten: Ihre funktionale Gesundheit bleibt auch im hohen Alter noch überdurchschnittlich.

Der Fokus liegt deshalb im Folgenden auf denjenigen Gruppen alter Menschen, die am stärksten von Integrationsproblemen der Versorgung betroffen sind: Das sind vor allem alte Menschen, die alleine leben und keine Angehörigen oder Freunde haben, die steuernd eingreifen können. Und es sind durch Armut, Migration oder andere Faktoren sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen, bei denen Zugangsbarrieren vorhanden sind, beziehungsweise die weniger Möglichkeiten haben, über private Zuzahlungen zusätzliche Leistungen kaufen zu können (zum Beispiel Mobilität). Wenn neue Ansätze sektorenübergreifender Versorgung diesen Gruppen besser helfen können, sind sie vermutlich auch in der Lage, Hilfe für

andere Betroffenenengruppen mit weniger komplexen Versorgungsbedarfen adäquat zu organisieren.

2.2 Ausgangsbedingungen im Gesundheitssystem

Alte multimorbide Menschen werden schlechter als andere Bevölkerungsgruppen von Angeboten erreicht. Typische Probleme bestehen an den Schnittstellen zwischen ambulanter und stationärer Behandlung, zwischen Kuration und Pflege, Rehabilitation, psychosozialer Hilfe beziehungsweise Beratung und zwischen professioneller und informeller Hilfe. Zwischen den Akteuren werden weder die fallbezogenen Verläufe noch die Systemstrukturen ausreichend übergreifend geplant. Ökonomische Fehlanreize erschweren fachlich sinnvolle Zusammenarbeit. Versorgungspfade sind nicht verbindlich ausgebaut. Hinzu kommt, dass viele sinnvolle Angebote nicht flächendeckend verfügbar sind, dass sie nicht ausreichend bekannt sind oder nicht sicher von denjenigen ‚gefunden‘ werden, die sie benötigen.

Die gegenwärtige Fragmentierung der Versorgungsstrukturen ist Ausdruck unterschiedlicher institutioneller Zuständigkeiten für die Steuerung des Systems (Bund, Länder, Sozialversicherungsträger, Leistungsanbieter) und für die Versorgung von Patient/-innen, der Verteilung von Zuständigkeiten auf unterschiedliche Finanzierungsträger (vor allem Krankenversicherung, Rentenversicherung, Pflegeversicherung, Unfallversicherung) und von unterschiedlichen Vergütungsregeln für die jeweiligen Versorgungssegmente.

Ein ausdifferenziertes System muss für sich genommen nicht zu Ineffizienzen führen. Viele Argumente sprechen auch für solche unterschiedlichen Steuerungs-, Versorgungs- und Finanzierungszuständigkeiten². Jedoch erfordert ein derartiges System

² Zu denken ist etwa an die konzeptionellen und rechtlichen Besonderheiten der medizinischen Rehabilitation gegenüber der kurativen Medizin.

träger- und sektorenübergreifende Regelungen, damit es sich bestmöglich an die Bedarfe von Betroffenen anpassen kann und nicht umgekehrt diese sich den Abläufen fügen müssen.

Bislang meint integrierte Versorgung, besonders in Deutschland, häufig integrierte Krankenbehandlung und bleibt auf klinische Perspektiven beschränkt. Trotz der in vielen Regionen zu findenden Bemühungen, eine bessere Zusammenarbeit voranzutreiben, bestehen ungelöste Probleme fort:

Oftmals sind Kooperationen zu starr anlassbezogen aufgebaut, zum Beispiel durch indikationsbezogene Selektivverträge. Hier werden individuell unterschiedliche Präferenzen und komplexe Bedarfe schnell zum ‚Störfaktor‘, so dass nicht alle Patientinnen und Patienten hiervon profitieren können beziehungsweise Pfadabbrüche drohen.

Oder die Zusammenarbeit ist nicht verbindlich genug. Bereits bestehende Verbände der Altenversorgung klagen darüber, dass die Kooperationen zu lose seien oder dass eigentlich relevante Akteure nicht teilnehmen. Nicht zuletzt verfügen die Verbände in der Regel über wenig Gestaltungskompetenzen vor Ort, wodurch der Aufbau verbindlicher Versorgungspfade erschwert wird.

Oder vorhandene Netzwerke erreichen nur einen Teil der fachlich anzustrebenden Breite sektorenübergreifender Versorgung, weil sie vorwiegend von einer Berufsgruppe ausgehen. Ärztenetze etwa können selten über den Bereich vertragsärztlicher Leistungserbringung hinausgehen.

Im Gegensatz dazu wird in diesem Positionspapier das breitere Ziel einer sektorenübergreifenden regional bezogenen Zusammenarbeit von allen Diensten, Einrichtungen und Berufsgruppen anvisiert, die an der Versorgung alter Menschen beteiligt sind.

Unter dem Begriff „Sektor“ verstehen wir im Folgenden nicht nur die Unterscheidung danach, ob die Leistungserbringung ambulant oder stationär erfolgt, sondern die Differenzierung in Kuration, Palliation, Rehabilitation und (Langzeit-) Pflege nebst weiteren präventiven und sozialen Elementen. Unter einer sektorenübergreifenden Versorgung verstehen wir koordinierte Behandlungs- und Betreuungsarrangements zwischen diesen Sektoren. In der Prozessperspektive entspricht dies integrierten Versorgungspfaden.

Auf dem Weg zu einer gemeinwesen-, selbstbestimmungs- und teilhabe-orientierten Gesundheitsversorgung alter Menschen sind folgende fachliche Neuausrichtungen nötig³:

- Die Versorgung muss konsequent entlang der Bedarfe und Bedürfnisse der multimorbiden alten Menschen ausgerichtet werden. Bei der Formulierung ihrer Vorstellungen müssen sie im Bedarfsfalle ohne Umwege auf unparteiische, verlässliche Informationen und Unterstützung zurückgreifen können.
- In der medizinischen Behandlung alter Menschen müssen der Erhalt der Selbständigkeit und die Lebensqualität im Vordergrund stehen. Bei Multimorbidität, das heißt mehreren vorhandenen Diagnosen, kann dies bedeuten, medizinische Maßnahmen zu priorisieren.
- Sollen trotz funktionaler Einschränkungen ein möglichst selbstbestimmtes Leben und soziale Teilhabe ermöglicht werden, kommen Rehabilitation und Prävention eine große Rolle zu.
- Um Gesundheit, Selbstbestimmung und Teilhabe zu sichern, müssen – entgegen dem sequentiellen Versorgungsdenken – Kuration, Rehabilitation, soziale Hilfen, Pflege und Prävention frühzeitig ineinandergreifen.
- Schließlich sind die individuellen und sozialen Kontextbedingungen bei Entscheidungen darüber einzubeziehen, ob und welche Leistungen erforderlich sind oder verwirklicht werden können.

Dies alles kann nur gelingen, wenn Dienste, Einrichtungen und Berufsgruppen die Versorgung stärker als bisher sektorenübergreifend koordinieren.

Eine große gesundheitspolitische Herausforderung besteht darin, in ausgedünnten ländlichen Räumen die gesundheitliche Versorgung und die soziale Dienstleistungsstruktur zu sichern und weiterzuentwickeln. Dort macht der demographische Wandel die Aufrechterhaltung der bestehenden Ordnungsmuster nahezu unmöglich. Die Diakonie sieht in dieser Situation auch eine Chance, zu neuen sektorenübergreifenden Strukturen zu gelangen. Innovative Strategien der Zusammenarbeit sind jedoch nicht als ‚Sparmodelle‘ auf unterversorgte ländliche Regionen zu begrenzen. Sie sind flächendeckend

³ Vergleiche dazu auch: Norbert Lübke: Medizinische Bedarfe für ältere Menschen – andere Bedarfe und neue Wege der Rehabilitation. In: Demographischer Wandel – zwischen Mythos und Wirklichkeit. Berlin 2013, Diakonie Texte 07.2013.

einzuführen, weil sie fachlich sinnvoll sind. Denn auch in städtischen Regionen bestehen Koordinationsprobleme fort.

2.3 Drei exemplarische Schauplätze der Versorgung alter Menschen

Die Versorgung eines alten Menschen findet an unterschiedlichen Orten statt: Die meisten alten Menschen leben zuhause. Krankenhausaufenthalte, meist als akute Krise, können diese häusliche Versorgungssituation unterbrechen. Die häufigsten Anlässe für Krankenhaus-Einweisungen und Reha-Behandlungen sind sturzbedingte Brüche, Herz-Kreislauf-Krankheiten und Arthrosen. Die Entlassung aus dem Krankenhaus ist in Deutschland eine zentrale Weiche im Versorgungspfad: Hier wird entschieden, ob eine Rückkehr in die häusliche Umgebung möglich erscheint, ob rehabilitative Maßnahmen notwendig sind oder ob die Verlegung in eine teilstationäre Pflegeeinrichtung vorübergehend oder dauerhaft angezeigt ist.

Vorschläge zur sektorenübergreifenden Versorgung alter Menschen müssen diese verschiedenen Stationen von Versorgungspfaden, die in unterschiedlicher Folge und manchmal wiederholt durchlaufen werden, berücksichtigen. Im Folgenden werden charakteristische Probleme und Herausforderungen anhand von drei exemplarischen Schauplätzen der Versorgung alter Menschen skizziert.

2.3.1 Die häusliche Versorgungssituation

Bei einem Großteil alter Menschen besteht der Wunsch, bis zum Tod möglichst zuhause bleiben zu können. Inwieweit dies möglich ist, hängt unter anderem davon ab, wie gut die ambulante Versorgung funktioniert. Hilfsangebote müssen vor Ort ausgebaut sein, sie müssen leicht zugänglich sein und sinnvoll koordiniert erbracht werden.

Zu einer Dekompensation der häuslichen Lebenssituation können schleichende Veränderungen wie zum Beispiel eine dementielle Erkrankung oder auch kurzfristig eintretende Ereignisse, wie der Tod des/der Lebenspartner/in, führen. Typische gesundheitliche Risiken alter Menschen sind Stürze, Dehydrierungszustände durch ungenügendes Trinken, Herz-Kreislauf-Probleme, Diabetes-Entgleisungen, aber auch Ängste, sozialer Rückzug und Wahnvorstellungen. Solche körperlichen und/oder seelischen Beeinträchtigungen können die Ursache dafür sein, dass die betroffene Person unfähig wird, sich selbst zu versorgen. Sie können aber auch als Folge erst entstehen, zum Beispiel wenn bei zunehmender Demenz die regelmäßige Medikamenten-Einnahme unterbrochen ist.

Je nach individueller Lage sind unterschiedliche Hilfen im häuslichen Umfeld gefragt. Für alle gilt jedoch, dass im hohen Alter solche Krisen meist nicht ganz unvorhersehbar eintreten. Vor diesem Hintergrund erhalten solche Hilfsangebote eine besonders hohe Bedeutung, die bereits frühzeitig, und im besten Fall deutlich vor der Akutsituation im jeweiligen Haushalt bekannt sind. In der Regel spielen die Hausärztin oder der Hausarzt und vor allem auch die Nachbarn und Angehörigen eine wichtige Rolle, wenn es darum geht, weitere Hilfen hinzuzuziehen.

Fallbeispiel: Lücken und Brücken in einem häuslichen Versorgungsverlauf

Das folgende Fallbeispiel illustriert einen Versorgungsverlauf, der zunächst durch unzureichende sektorenübergreifende Zusammenarbeit gekennzeichnet ist. Wie so oft, wird dann durch Angehörige ein gelingendes Zusammenwirken von Generalisten und Spezialisten initiiert.

Frau M: 80 Jahre, verheiratet, lebt mit Ehemann in Wohnung, 2 Kinder (Kontaktabbruch zu Tochter seit 10 Jahren); heimatvertrieben aus Rumänien; lebt von Rente und Wohngeld beziehungsweise seit 2014 von Grundsicherung. Sie leidet unter bekannten Depressionen, Angststörung, Diabetes II, Bluthochdruck, Asthma; versorgt sich selbständig (keine Pflegeeinstufung). Seit 2008 nach stationärem Aufenthalt in der Psychiatrie ist sie bei einem gerontopsychiatrischen Beratungsdienst (GerBera) bekannt.

Im Frühjahr 2013 ist sie körperlich und psychisch in schlechter Verfassung; Beziehungskonflikte und Aggressionen mit Ehemann; stellt Antrag auf eine Kur, diese wird abgelehnt; Frau M. hat keine Kraft, Widerspruch zu stellen; August: zwei stationäre Aufenthalte im Krankenhaus (wegen Bluthochdruck + Magenproblemen und akuter Atemnot); beide Male erfolgt keine Information beziehungsweise Kooperation von Seiten der Klinik an GerBera.

Im Januar 2015 zwei kurz hintereinander folgende stationäre Aufenthalte im Krankenhaus wegen akuter Lungenentzündung; insgesamt schlechter Allgemeinzustand; nachdem die gerontopsychiatrische Beratungsstelle (GerBera) durch den Ehemann von einem stationären Aufenthalt erfahren hat, nimmt diese mit Patientenkoordination des Krankenhauses Kontakt auf; Situationsschilderung und Befürwortung einer ambulanten geriatrischen Reha; diese wurde für drei Wochen genehmigt und anschließend für eine Woche verlängert; ohne Intervention von GerBera wäre Frau M. wahrscheinlich ohne Reha wieder

nach Hause entlassen worden; Frau M. hat geriatrische Reha körperlich und psychisch stabilisiert und motiviert.

Aus unserer Sicht bestehen derzeit folgende zentrale Herausforderungen für die sektorenübergreifende Versorgung im häuslichen Umfeld:

■ **Bestehende Versorgungslücken sinnvoller Angebote der ambulanten Altenversorgung sind flächendeckend zu schließen.**

Alte und sehr alte Menschen bedürfen oftmals eines systematischen geriatrischen Assessments, das immer auch rehabilitativ ausgerichtet sein sollte. In der hausärztlichen Versorgung ist geriatrische Kompetenz jedoch oftmals zu wenig anzutreffen, es fehlt an geriatrischen Ambulanzen, geriatrische Verbände sind in vielen Regionen nicht vorhanden. Ein Grund für die Unterentwicklung der Geriatrie im ambulanten Bereich ist die unzureichende Vergütung, die geriatrische Schwerpunktsetzungen im Praxisbetrieb unattraktiv macht.

Prävention und Gesundheitsförderung für alte Menschen sind noch wenig ausgebaut. Das hohe Alter wird im Sinne eines defizitären Altersbildes auch im Gesundheitswesen in der Regel vorwiegend mit Verlust und Einschränkung assoziiert, jedoch zu wenig mit den Möglichkeiten eines guten Lebens auch im Alter und bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Erprobte verhaltensbezogene Maßnahmen wie Sturzprävention, Bewegungsförderung, Koch- und Ernährungskurse, Suchtprävention gehören bisher nicht zur Routineversorgung alter Menschen. Auch lebensweltlich orientierte Interventionen der Quartiersgestaltung und der Sicherung sozialer Teilhabe, sowie insgesamt ein umfassendes Verständnis von Gesundheitsförderung als Querschnittsaufgabe der Stadt- und Regionalpolitik sind wenig entwickelt.

Für alte und hochaltrige Menschen gibt es außerdem Barrieren beim Zugang zur medizinischen Rehabilitation. Einer der Gründe ist, dass im Sozialraum keine geeignete, hinreichend flexible rehabilitative Infrastruktur zur Verfügung steht.

Für hochaltrige Menschen kann die Mobile Rehabilitation eine geeignete Form der medizinischen Rehabilitation darstellen, da diese mit den Rehabilitanden direkt in der Häuslichkeit arbeitet. Die Mobile Rehabilitation hat nicht nur den Vorteil, dass sie die medizinische Rehabilitation im unmittelbaren Lebensumfeld des alten Menschen erbringt, ein Wissenstransfer sich somit erübrigt, sondern auch, dass weitere teilhabeorientierte Leistungen auch anderer Leistungsträger, falls notwendig durch den mobilen Dienst,

selbst interdisziplinär arbeitend, erschlossen werden können. Mobile Rehabilitationsdienste sollten deshalb regelhaft Elemente eines geriatrischen Versorgungskonzepts sein.

Im Allgemeinen sind aufsuchende Hilfen, das heisst Hausbesuche durch Ärztinnen und Ärzte, aber auch aufsuchende sozialarbeiterische Beratung, informelle Dienste (Besuchsdienste) und Ähnliches unterentwickelt. Die Folge sind unnötige notärztliche Einweisungen und Inanspruchnahme von Rettungsdiensten.

Soziale Isolation tritt typischerweise besonders bei eingeschränkter Mobilität auf. Insbesondere Angebote der selbstbestimmten Alltagsgestaltung und der sozialen Teilhabe (Gemeindekaffee, Freizeitgestaltung) sind bei Mobilitätseinschränkungen oft nicht mehr zugänglich. In den wenigsten Fällen können die Anbieter reagieren, wenn ‚Frau Müller plötzlich nicht mehr kommt‘ und gegebenenfalls Hol-/Bringendienste einrichten. Deshalb sind Mobilitätshilfen flächendeckend vorzuhalten.

Und schließlich braucht es verantwortliche und als solche bei alten Menschen und professionellen Akteuren bekannte Ansprechpartner, die sich in der Region gut auskennen. Sozialarbeiterische, pflegerische beziehungsweise gerontologische Beratung gibt es bereits in vielen Regionen. Diese Anlaufstellen beklagen jedoch typischerweise, dass sie nicht ausreichend bekannt und anerkannt sind und nur einen Teil der eigentlich zu beratenden Klientel erreichen – beispielsweise weil sie keinen regelhaften ‚Zugriff‘ bei der Entlassung aus dem Krankenhaus auf Versorgungsverläufe haben. Nur wenn Angehörige beteiligt sind, die sich engagiert informieren, kann die Beratungsstelle aktiv werden. In den wenigsten Fällen existieren ausreichend Ressourcen, um aufsuchende Arbeit zu leisten oder eine kontinuierliche Fallbegleitung anzubieten.

■ **In der patientenbezogenen Zusammenarbeit sind Versorgungspfade über Sektorengrenzen hinweg auszubauen.**

Verbindliche Absprachen dazu, wie Haus- und Fachärztinnen und -ärzte, Pflegedienste, Krankenhaus, stationäre Pflegeeinrichtungen, Beratungsstellen und so weiter, die vor Ort im Hinblick auf den einzelnen Patienten/die einzelne Patientin verlässlich kooperieren, sind meist nicht vorhanden. Auch der Einbezug des informellen Sektors, das heisst von ehrenamtlichen Helferinnen und Helfern, aber auch Freundeskreis, Nachbarn und Angehörigen durch die Professionellen wird oft nicht systematisch bedacht. Zuständigkeiten sind oft nicht ausreichend geklärt.

Nachteile haben dadurch insbesondere alte Menschen ohne Angehörige, die sich im System selbst nicht zurechtfinden und niemanden haben, der für sie anwaltschaftlich die „Pfadfinder-Rolle“ übernimmt.

Diese Rahmenbedingungen führen in der Praxis zwar bei vielen Profis zu einer „Pionierhaltung“, trotz widriger Bedingungen über die Grenzen des eigenen Bereichs hinweg Zusammenarbeit zu suchen. Von verbindlich und stabil ausgebauten Kooperationen, die auch bei Personalwechsel weiter funktionieren, kann jedoch nicht die Rede sein. Den Betroffenen fehlen oft klare und gut erreichbare Ansprechpartner, die durch das hochkomplexe Leistungsrecht helfen. Vernetzungsleistungen, zum Beispiel multiprofessionelle Fallbesprechungen, finden nicht regelhaft statt, unter anderem, weil sie nicht vergütet werden. Dies führt dazu, dass Leistungen entweder nicht oder zu oft erbracht werden und dass die Hauptlast der ambulanten Koordination bei den Angehörigen liegt.

■ **Eine übergreifende regionale Versorgungsplanung ist zu etablieren.**

Ein lokales Care Management, das heisst die gezielte Planung und Verbesserung der vorhandenen Versorgungsstrukturen im Zusammenspiel von Politik, Leistungsträgern und Leistungserbringern ist in der Regel nicht vorhanden oder bezieht nicht alle relevanten Akteure ein. Eine Ursache liegt in der unzureichenden politischen Verantwortungsübernahme durch Länder und Kommunen und in deren teilweise unzureichenden Handlungsspielräumen, die Altenversorgung vor Ort entgegen der Marktlogiken konzertiert bedarfsgerecht zu gestalten.

Zusammenfassend liegen typische Probleme sektorenübergreifender Versorgung im häuslichen Umfeld darin, dass Angebote entweder nicht flächendeckend verfügbar sind, dass sie nicht ausreichend bekannt sind beziehungsweise nicht sicher von denjenigen „gefunden“ werden, die sie benötigen oder dass sie nicht ausreichend aufeinander abgestimmt geplant und umgesetzt werden.

2.3.2 Der akutstationäre Krankenhausaufenthalt

Ein Krankenhausaufenthalt ist bei alten Menschen meist als akute Krise im Versorgungspfad aufzufassen. Überwiegend erfolgt die Krankenhausbehandlung aufgrund akuter Erkrankungen in allgemeinen Abteilungen. Nur ein kleiner Prozentsatz wird in geriatrischen Fachabteilungen behandelt. Vergleichsweise selten erfolgt eine elektive Aufnahme, am häufigsten sind Kontaktaufnahmen mit dem Krankenhaus über die Not-

aufnahme, nachdem zuhause ein Sturz, Gangunsicherheit oder auch ein Schlaganfall oder Ähnliches aufgetreten sind.

Aufgrund des neuen, ungewohnten Kontexts im Krankenhaus besteht das Risiko, dass vertraute Handlungsabläufe des alten Menschen krankheitsbedingt nicht mehr greifen, was zu einer starken Verunsicherung führen kann und zum Beispiel auch das Risiko eines postoperativen Delirs erhöht. In der Klinik kann plötzlich eine viel stärkere Pflege- und Hilfsbedürftigkeit gegeben sein als im häuslichen Umfeld zuvor beziehungsweise ein alter Mensch wird in den verschiedenen Kontexten (häusliches Umfeld beziehungsweise Klinik) unterschiedlich erlebt und bezüglich seiner Kompetenzen, Ressourcen, Alltagsfähigkeit unterschiedlich wahrgenommen. Es kann deshalb unter den beteiligten Akteuren zu differierenden Einschätzungen kommen, ob nach dem Krankenhausaufenthalt wieder eine Entlassung nach Hause für möglich gehalten wird.

Um solche unterschiedlichen Wahrnehmungen abzugleichen, müssen Kommunikationsroutinen gesichert sein, um vorschnelle und einseitige Entscheidungen zu vermeiden. In der Praxis ist hier charakteristisch die einseitige Beurteilung aus dem Krankenhaus heraus, die zu oft zu einer Verlegung in eine stationäre Pflegeeinrichtung führt. Dies betrifft in besonderer Weise alleinlebende alte Menschen ohne nahe Angehörige im Umfeld.

Fallbeispiel: Drehtüreffekte vermeiden durch koordinierte Entlassung

Im folgenden Fallbeispiel folgt auf einen „Drehtüreffekt“ durch unzureichendes geriatrisches Assessment und sektorenübergreifende Planung ein weiterer gelungener Krankenhausaufenthalt, bei dem die mit dem ambulanten Bereich gut koordinierte Rückführung des Patienten im Mittelpunkt stand.

Herr G: 88 Jahre alt, verwitwet, alleinlebend, nicht psychisch auffällig, stürzt in häuslicher Umgebung und zieht sich eine Fraktur des rechten Armes zu. Die Fraktur wird gegen 16:00 Uhr nachmittags in einer Unfallchirurgischen Klinik operativ, mit Vollnarkose versorgt. In der Unfallchirurgie fällt eine Verwirrtheit nicht auf, ein Abklärungsbedarf der häuslichen Umgebung und Situation wird nicht gesehen. Am nächsten Morgen wird der Patient nach Hause entlassen. Dort fällt Nachbarn am späten Vormittag auf, dass er verwirrt in der Umgebung herum läuft und seine Wohnung sucht. Sie wenden sich an die Altenbetreuung der Stadt, die ihnen die gerontopsychiatrische Klinik der Stadt empfiehlt. Bei Aufnahme in der Klinik sehen die behandelnden

Ärzte einen verwirrten, psychomotorisch sehr agitierten Patienten, der überredet werden kann, ein paar Tage stationär zu bleiben. Ein paar Tagen nach der Aufnahme und adäquater Behandlung kann er in normalem psychischem Zustand, voll orientiert, mit ambulanter Versorgung in sein häusliches Umfeld entlassen werden. Der Patient hat keine Demenz, er litt unter einem postoperativen Delir, was in jedem Fall behandlungsbedürftig war, um keine langfristigen Folgen nach sich zu ziehen. Der Patient wird nach geriatrischem Assessment in die hausärztliche Versorgung übergeben. Vor Entlassung findet eine Familienvisite mit präventivem Charakter statt, unter Beteiligung von Nachbarn und Freunden, um Drehtüreffekte zu vermeiden. Der Patient kam noch lange in die Institutsambulanz und lebte bis zu seinem Tod an einem Herzinfarkt mit über 90 Jahren in seiner häuslichen Umgebung.

Folgende Probleme sind aus unserer Sicht derzeit in der sektorenübergreifenden Versorgung alter Menschen rund ums Krankenhaus zu bearbeiten:

■ **Vermeidbare Krankenhauseinweisungen müssen durch den Ausbau ambulanter Versorgungsstrukturen reduziert werden.**

Zu viele alte Menschen werden akut stationär eingewiesen, weil ambulante Versorgungslücken bestehen. Niedergelassene Ärzte überweisen zur Diagnostik ins Krankenhaus, weil fachärztliche Untersuchungen nur auf diese Weise adäquat, schnell und organisatorisch (beispielsweise hinsichtlich des Transports) praktikabel zugänglich sind. Häusliche Versorgungssituationen dekompensieren, weil nicht rechtzeitig genug ambulante Hilfen hinzugezogen wurden, zum Beispiel weil die Hausärztin beziehungsweise der Hausarzt oder die Angehörigen über vorhandene weitergehende Hilfsmöglichkeiten vor Ort nicht informiert sind. Personalknappheit, Qualifizierungsprobleme und unzureichende medizinische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen führen zu gesundheitlichen Krisen (Exsikkose et cetera), die per Notfall-Einweisung bewältigt werden.

Eine routine- und auch notfallmäßig besser verfügbare ambulante fachärztliche Kompetenz, mehr systematische und frühzeitige Planung möglicher Hilfsangebote bei (vorhersehbaren) häuslichen Krisen und eine bessere medizinische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen könnten helfen, akutstationäre Einweisungen zu vermeiden. Bis der ambulante Bereich besser ausgebaut ist, sind auch Interimslösungen der Versorgung aus dem Krankenhaus heraus – insbesondere im ländlichen Raum – denkbar, diese müssen jedoch ausreichend finanziert werden.

■ **Die Versorgung im Krankenhaus ist besser auf alte Menschen einzustellen.**

Eine Anpassung der allgemeinen Krankenhausabteilungen an die wachsende Gruppe alter Menschen ist nötig. Es muss eine ruhige Versorgung in abgeschirmter Umgebung ermöglicht werden. Auch Notaufnahmen sind nicht immer geriatrisch kompetent.

Das Personal im Krankenhaus muss in die Lage versetzt werden, geriatrische Fälle anhand von Anhaltspunkten sicher zu identifizieren und ein geriatrisches Assessment anzustoßen. Sinnvoll wäre eine stärker fächerübergreifende Zusammenarbeit unter Einbeziehung der Geriatrie (zum Beispiel interdisziplinär besetzte geriatrische Konsile aus Medizin, Pflege, Sozialer Arbeit), ein systematischer hausinterner Datentransfer, mit dem ein Verlust von Informationen, zum Beispiel Hinweise von Angehörigen, zwischen Notaufnahme und aufnehmender Station, vermieden wird.

■ **Die Umsetzung des Entlassmanagements ist sicherzustellen.**

Beim akutstationären Aufenthalt fehlt es oftmals an einer systematischen, ausreichenden und rechtzeitigen geriatrischen Diagnostik und Planung, auch rehabilitative Potentiale werden zu selten wahrgenommen. Die vor- und nachsorgenden Akteure aus dem häuslichen Umfeld werden nicht regelhaft einbezogen, Informationen zur bisherigen Versorgung nicht immer gesammelt. Durch unzureichende Anschlussversorgung, zum Beispiel bei Wochenendentlassungen, kommt es zu Drehtüreinweisungen.

Auch beim Übergang in die stationäre Pflegeeinrichtung kommt es zu Problemen. Die Einzüge sind meist kurzfristig organisiert, es kommt zum Verlust von Informationen zum Zustand des Pflegebedürftigen vom Krankenhaus an die Einrichtung.

Mit dem GKV-Versorgungsstärkungsgesetz aus dem Jahr 2015 wurde das Entlassmanagement sozialrechtlich (im § 39 SGB V im Krankenhaus, für die medizinische Rehabilitation in Verbindung mit den §§ 40 und 41 SGB V) neu geregelt. In der Folge ist nun sicherzustellen, dass diese neue Regelung fachlich sinnvoll, das heißt auch durch qualifiziertes Personal und verbunden mit einem Assessment umgesetzt wird; Rahmenverträge zwischen den beteiligten Akteuren sollen auf Bundesebene bis Mitte des Jahres 2016 verhandelt sein. Darüber hinaus kann es im Einzelfall notwendig sein, eine personelle Kontinuität der Behandlung beziehungsweise Betreuung zu ermöglichen. Eine Fallbegleitung durch eine vertraute Ansprechperson muss in das Krankenhaus hinein und auch wieder heraus in die ambulante Versorgung möglich sein.

Zusammenfassend liegt eine typische Herausforderung der Krankenhausbehandlung darin, dass dort Aufgaben übernommen werden müssen, die eigentlich nicht das Kerngeschäft stationärer medizinischer Behandlungen sind. Dadurch, dass die ambulante Versorgung nicht ausreichend ausgebaut ist, finden Verschiebungen von Aufgaben statt. Das Krankenhaus wird gleichsam zum „Auffangbecken“, Versorgungslücken zu kompensieren und soziale Problemlagen zu lindern. Zusätzlich werden geriatrische Fälle im Krankenhaus nicht systematisch genug erkannt. Ein patientenorientiertes Entlassmanagement ist neuerdings rechtlich verankert, die neuen Regelungen müssen sich nun in der Praxis bewähren.

2.3.3 In der stationären Pflegeeinrichtung

Anders als früher leben in stationären Pflegeeinrichtungen heutzutage überwiegend schwerer pflegebedürftige, mobilitätseingeschränkte alte Menschen. Viele leiden unter fortgeschrittenen dementiellen Erkrankungen. Hinzu kommt ein oft intensiver körperlicher Pflege- und Versorgungsbedarf, die medizinische Behandlungspflege nimmt zu. Der Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung erfolgt typischerweise nach gesundheitlicher Dekompensation zuhause beziehungsweise nach stationärem Krankenhausaufenthalt. Die Aufenthaltsdauer hat sich in den letzten Jahren kontinuierlich verkürzt. Viele ältere Menschen sterben bereits in den ersten Wochen nach Einzug in die stationäre Einrichtung. Stationäre Pflegeeinrichtungen sind somit zu Einrichtungen intensiver Versorgung geworden. Diese veränderten Bewohnerstrukturen erschweren Ansätze selbstbestimmter Alltagsgestaltung und sozialer Teilhabe innerhalb der Einrichtung und auch in die umgebende Lebenswelt.

Fallbeispiel: Umzug in die stationäre Pflegeeinrichtung – und wieder nach Hause?!

Das folgende Fallbeispiel verweist auf die Bedeutung des Faktors Zeit bei mehrfach erkrankten alten Menschen. Rehabilitative Maßnahmen greifen erst, als die eigene Wohnung bereits aufgelöst ist und Frau Wilhelm bereits in einer stationären Pflegeeinrichtung wohnt. Womöglich hätten der rechtzeitige Einbezug einer Verbund-orientierten Beratungsstelle und vorhandene kurzzeitpflegerische und mobile Reha-Dienste hier die Rückkehr nach Hause ermöglicht.

Frau Wilhelm ist 76 Jahre alt und lebt seit vielen Jahren im 2. Stockwerk eines Mehrfamilienhauses. Sie leidet an arterieller Hypertonie, Herzinsuffizienz und gelegentlichen nächtlichen Unruhezuständen. Sie stürzt beim nächtlichen Gang zur Toilette und wird am Morgen durch eine Nachbarin auf-

gefunden. Im Krankenhaus wird eine Oberschenkelhalsfraktur festgestellt, auslösend für den Sturz war ein Schlaganfall mit Hemiparese. Wenige Tage nach der Operation der Fraktur drängt das Krankenhaus auf eine baldige Entlassung, obwohl Frau Wilhelm nicht ohne Unterstützung selbstständig laufen kann. Auch in der folgenden Reha-Behandlung bessert sich der Zustand von Frau Wilhelm nur langsam. Sie bekommt wegen Schluckstörungen eine PEG-Sonde.

Tochter und Schwiegersohn kommen zu der Überzeugung, dass die Versorgung in der eigenen Wohnung nicht mehr gewährleistet werden kann. Wenige Wochen nach ihrem Sturz zieht Frau Wilhelm in eine stationäre Pflegeeinrichtung ein. Die Tochter löst die Wohnung ihrer Mutter auf.

In der Pflegeeinrichtung wird behutsam eine rehabilitativ-aktivierende Pflege begonnen. Frau Wilhelm wird auf Empfehlung der Pflegedienstleitung vom niedergelassenen Arzt Dr. Medici behandelt, der in der Einrichtung viele Bewohnerinnen und Bewohner betreut. Nach kurzer Zeit äußert sie Appetit und nach Rücksprache mit dem Hausarzt kann vorsichtig mit oraler Nahrungsaufnahme angefangen werden. Sie wird sehr langsam wieder etwas mobiler. Nach circa vier Wochen stellte der Hausarzt zunächst ein Logotherapie-, dann ein Krankengymnastik-Rezept aus. Heute ernährt sich Frau Wilhelm vollständig oral. Die PEG-Sonde kann entfernt werden. Ihre Kinder und ihre Enkelin, die die Betreuung für sie hat, begleiten den Prozess intensiv und besuchen sie häufig in der Einrichtung. Frau Wilhelm interessiert sich zunehmend für die Freizeitangebote der Einrichtung, hat an Lebensqualität und Lebensmut gewonnen und formuliert als Ziel, zu Weihnachten wieder laufen zu können.

Folgende Herausforderungen bestehen aus unserer Sicht derzeit für die sektorenübergreifende Versorgung alter Menschen, die in stationären Pflegeeinrichtungen wohnen:

■ **Die ärztliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen ist zu verbessern.**

Trotz oft intensiver Bemühungen von Seiten der stationären Einrichtungen ist aufgrund von Vergütungs-Fehlanreizen die haus- und fachärztliche Versorgung, etwa durch Urologen, Gynäkologen und Augenärzte, und auch die psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen oft unzureichend. Aus ähnlichen Gründen ist der Zugang zu Physio- und Ergotherapie, zu Logopädie, Ernährungsmanagement und anderem teils nicht gesichert. Es bestehen ausgeprägte regionale Unterschiede, Versorgungsprobleme existieren insbesondere im ländlichen Raum.

Es sind neben sinnvolleren Vergütungsanreizen und einer besseren Sicherstellung der ärztlichen Versorgung zusätzlich geriatrische Basisqualifikationen für die in Pflegeheimen tätigen Vertragsärzte zu fordern. Da die Unterversorgung durch aufsuchende Ärztinnen und Ärzte und andere Therapeutinnen und Therapeuten in ähnlicher Weise auch für die häusliche Umgebung gilt, sind auch hier ähnliche qualifikatorische und strukturelle Verbesserungen notwendig.⁴

■ **Stationäre Pflegeeinrichtungen müssen sich stärker in die ambulanten Versorgungsstrukturen und in den Sozialraum einbinden.**

Aufgrund von fehlenden Ressourcen und Personalknappheit, aber teils auch aufgrund einer fehlenden Orientierung in das Gemeinwesen hinein, ist eine teilhabe-orientierte Versorgung erschwert, etwa die Begleitung zu sozialen Anlässen außerhalb der Einrichtung. Neben Forderungen nach besserer personeller Ausstattung ist eine stärkere Zusammenarbeit – und deren Finanzierung – mit ambulanten Beratungsangeboten hilfreich, um Selbstbestimmungs- und Teilhabemöglichkeiten zu erhöhen (Mobile Rehabilitation, Mobilitätsdienst, Hospizdienst et cetera).

Der Umzug in eine stationäre Pflegeeinrichtung ist typischerweise endgültig, die Mobilisierung rehabilitativer Potentiale und der mittelfristige Auszug in die häusliche Umgebung in der Realität seltener, als es fachlich bei durchlässigeren und besser ausgebauten ambulanten Strukturen möglich wäre.

Auch durch das Präventionsgesetz neu ermöglichte Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung in der „Lebenswelt stationäre Pflegeeinrichtung“ stehen erst am Anfang ihrer konzeptionellen Entwicklung.

■ **Der Strukturwandel in der stationären Pflege muss bewohner- und damit selbstbestimmungs- und teilhabeorientiert gestaltet werden.**

Wenn Versorgungspfade flexibler und durchlässiger gestaltet werden und Krisen seltener ins Krankenhaus führen sollen, braucht es Wohnmöglichkeiten für alte Menschen, die entweder vorübergehend höheren Unterstützungsbedarf haben oder aufgrund kognitiver oder psychiatrischer Einschränkungen nicht allein leben können, sich aber körperlich selbst versorgen können. Es fehlen angemessene (teil-)stationäre Plätze neben den stationären Pflegeeinrichtungen, wie etwa eine solitäre Kurzzeitpflege, die stark rehabilitativ ausgerichtet sind.

Für die Träger von stationären Einrichtungen bedeutet eine stärker sektorenübergreifende Versorgung also, den Wohnort Pflegeeinrichtung stärker in die ambulanten Versorgungsstrukturen einzubinden und den Versorgungsauftrag der Pflegeeinrichtungen neu zu akzentuieren: Ziel ist es, dadurch die medizinische Versorgung, Selbstbestimmung und Teilhabe der alten Menschen zu verbessern, aber auch die Durchlässigkeit der stationären Pflege als Zwischenstation auf einem Versorgungspfad, der auch wieder nach Hause führen kann, zu erhöhen.

⁴ Zum Thema der Ärztlichen Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen hat die Diakonie Deutschland bereits detaillierte gesundheitspolitische Vorschläge sowie Handlungsempfehlungen für diakonische Träger ausgearbeitet (<http://www.diakonie.de/media/Texte-2007-11-Versorgung-Pflegeheim.pdf>; 2007).

3. Diakonische Vision sektorenübergreifender Versorgung für multimorbide alte Menschen

3.1 Leitideen

Auf Grundlage der zuvor skizzierten Bestandsaufnahme setzt die Diakonie sich für den flächendeckenden Ausbau regional bezogener sektorenübergreifender Verbünde für multimorbide alte Menschen ein.

Fachlich sinnvoll ist perspektivisch der Aufbau lokaler Verbundstrukturen, die

- a) die gesamte Breite sektorenübergreifender Versorgung einbeziehen, die
- b) stabil und verbindlich sind, und die
- c) so flexibel handlungsfähig sind, dass unterschiedliche Fallverläufe mit gleichbleibend guter Qualität im Verbund bewältigt werden können.

Folgende Leitideen stellen wir zur Diskussion:

Leitidee: Selbstbestimmung und Teilhabe

Für alte Menschen mit mehreren chronischen Erkrankungen und zunehmenden Funktionseinschränkungen wird die Alltagsbewältigung zur Herausforderung. Es müssen Verluste ausgehalten und bewältigt werden. Die Lebensqualität hängt von den Chancen ab, den Alltag soweit wie möglich aufrecht zu erhalten und Anlässe für Freude, Selbstbestätigung und Erfolge zu haben und diese auch zu nutzen. Die Betroffenen sollten sich nicht „nur als Last“ fühlen. Besonders wichtig sind hierbei soziale Kontakte.

Die Arbeit im Verbund bedeutet also eine Gemeinwesenorientierung, die weit über die kurative Versorgung hinausgeht, um alten Menschen eine größtmögliche Selbstbestimmung und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen. Von enormer Bedeutung ist hier die Absicherung außerhäuslicher Mobilität.

Leitidee: Personenzentrierung

Lebenslagen und Bedarfe können sich im Konkreten sehr unterschiedlich darstellen. Die Gruppe der alten Menschen, auch derjenigen mit komplexen Hilfebedarfen, ist heterogen. Oft besteht gute Versorgung eben genau darin, die individuelle Situation differenziert zu erfassen und passgenaue Lösungen zu finden.

Aus diakonischer Sicht gilt es, auch den Eigenwillen zu berücksichtigen. Dies kann manchmal auch unkonventionelle Lösungswege erfordern. Entscheidungen gegen einen aus professioneller Sicht optimalen Pfad müssen möglich sein und unterstützt werden.

Das Konzept der Personenzentrierung bringt diese Haltung auf den Punkt: Leistungen sollten sich ausschließlich am individuellen Bedarf eines Menschen und an seinen Rechtsansprüchen, seiner persönlichen Teilhabe am Leben in der Gesellschaft orientieren und ihm eine möglichst selbstständige und selbstbestimmte Lebensführung eröffnen.

Leitidee: Kontinuität

Es gilt aus Sicht der Diakonie, insbesondere für diejenigen alten Menschen die Versorgung zu verbessern, die über wenig Ressourcen verfügen, sich selbst im System zurechtzufinden. Menschen mit Demenz oder psychischen Erkrankungen, und sozial isolierte, allein lebende Menschen sind in höherem Maße auf Beziehungsarbeit und Vertrauensbildung angewiesen.

Die Diakonie schlägt einen gestuften Ansatz vor: Für viele Menschen können Verbesserungen der systemischen Kontinuität ausreichen, das heißt, dass Übergänge und Absprachen verbindlicher gestaltet sind und die Informationsweitergabe gesichert ist.

In manchen Fällen ist jedoch eine kontinuierliche Fallbegleitung, also personelle Kontinuität sinnvoll, das heißt, es gibt

„Kümmerer“, die den alten Menschen sektorenübergreifend begleiten, beispielsweise aus der Wohnsituation heraus ins Krankenhaus und wieder zurück.⁵

Leitidee: Ambulante Ausrichtung

Da die meisten alten multimorbiden Menschen (ca. 70 %) entweder alleine zu Hause leben oder durch Angehörige versorgt werden und überwiegend den Wunsch haben, zu Hause zu leben, geht es beim Ausbau eines Verbundes vorwiegend um die wohnortnahen ambulanten Hilfsstrukturen. Weil der Großteil der Versorgung hier stattfindet und stationäre Behandlungen meist eher kürzere Episoden darstellen, sollte auch die Koordination der Zusammenarbeit und der Versorgungspfade von ambulant erfolgen.

Die ambulante ärztliche und fachärztliche, insbesondere geriatrische Versorgung muss flächendeckend ausgebaut sein (vor allem in ländlichen Regionen). Auch Krankenhäuser können ambulante Strukturen und Kompetenz ausbauen und Koordinationsaufgaben übernehmen. Der stationäre Bereich sollte jedoch auf klar umgrenzte Versorgungsaufgaben für spezifische Phasen akutstationärer Behandlung im Versorgungspfad alter Menschen fokussiert sein. Die geriatrische Versorgung ist soweit möglich ambulant zu gestalten.

Leitidee: Beratung und Fallbegleitung

Ein wichtiges Instrument ist eine Kostenträger-neutrale, für die Belange der Klientinnen und Klienten parteiische und niedrigschwellig einfach erreichbare, Einrichtungsträger übergreifende Beratung, die über umfassende Wegweiserkompetenz im Verbund verfügt und die Klientinnen und Klienten durch das hochkomplexe Leistungsrecht und Versorgungssystem navigiert.

Wichtig – und bisher kaum realisiert – ist, dass eine Beratungsinstanz auch als koordinierende Instanz im Verbund akzeptiert ist und im Kontakt mit den verschiedenen beteiligten Einrichtungstypen steht. Sie muss zwischen den Sektoren ‚springen‘, das heißt Klientinnen und Klienten durch verschiedene Versorgungsphasen begleiten können.

Leitidee: Politische Verantwortung

Die sozialräumliche Planung und Sicherstellung der Versorgung und der Aufbau eines Verbunds müssen aufgrund der Vielfalt regionaler Bedingungen politisch verantwortet durch die Länder, unter Beteiligung der Landkreise und Kommunen erfolgen.

Zwischen den Regionen entstehen voraussichtlich unterschiedliche Lösungsansätze, zum Beispiel zu den Fragen, wer an einem solchen Verbund beteiligt ist und wie die Zuständigkeiten und Steuerungskompetenzen konkret verteilt werden sollten.

Die Verantwortlichkeit der unterschiedlichen Selbstverwaltungsorgane soll nicht aufgehoben werden. Die Kostenträger sind verbindlich einzubeziehen. Die politische Letztverantwortung für die Sicherung der Versorgung soll aber bei der Politik liegen (zu den gesundheitspolitischen Reformvorschlägen der Diakonie für eine stärkere Verantwortungsübernahme auf Länderebene: siehe Kapitel 5).

Leitidee: Regionalbezug

Alle lokalen Akteure in einer definierten Region übernehmen gemeinsam die Verantwortung für die sektorenübergreifende Versorgung alter Menschen. Dies setzt voraus, dass jeder Akteur regional bezogen beziehungsweise gemeinwesenorientiert arbeitet, das heißt überhaupt für ein klares Einzugsgebiet zuständig ist. Die Größe eines solchen Einzugsgebiets variiert notgedrungen je nach Dienstleistung (zum Beispiel größer bei spezialisierten seltener angefragten Leistungen). Im Idealfall verfügen die Akteure eines Verbundes aber über sich überschneidende Einzugsgebiete, fühlen sich also für eine Region gemeinsam verantwortlich.

Leitidee: Populationsbezug

Die lokalen Akteure übernehmen gemeinsam Verantwortung dafür, dass kein alter Mensch in der Region trotz Bedarf unversorgt bleibt, sie übernehmen eine Versorgungsverpflichtung. Die populationsbezogene Arbeitsweise beinhaltet eine gemein-

⁵ Wenngleich unter dem Begriff des „Case Management“ fachlich ausdifferenzierte und ausgereifte Konzepte vorliegen, die eine umfassende anwaltschaftliche und koordinierende Tätigkeit beschreiben, finden sich in der Praxis unter dem Begriff oft deutlich kürzer greifende, eher verwalterische Handlungsansätze. Aus diesem Grund verwendet die Diakonie explizierend im Folgenden stattdessen die Begriffe „Fallsteuerung“ beziehungsweise „Fallbegleitung“.

same fachliche Planung und Aufgabenklärung auf Basis lokaler Gesundheitsberichterstattung.

Diese Planung beinhaltet eine neue übergreifende fachliche Perspektive, die bisher oft fehlt: Auf Basis der gemeinsamen Versorgungsverpflichtung kann zusammen analysiert werden, welche Angebote in der Region noch fehlen oder anders ausgerichtet sein müssten, wie diese finanziert werden müssten (zum Beispiel solitäre Kurzzeitpflege, Wohnmöglichkeiten für gesündere alte Menschen und anderes).

Leitidee: Trägerübergreifende Zusammenarbeit

Aktuell werden Versorgungsketten häufiger einrichtungs-/trägerbezogen ausgebaut (vertikale Integration). Dies führt jedoch zu neuen Zugangsbarrieren und Verwerfungen für die Betroffenen. Fachliches Ziel beim Ausbau der Verbünde muss eine trägerübergreifende Zusammenarbeit sein, bei der sichergestellt ist, dass für jeden alten Menschen immer das beste lokal verfügbare Leistungsangebot zugänglich ist, auch wenn dies einen Trägerwechsel bedeutet.

Wichtig ist die Entwicklung eines gemeinsamen Verbund-Horizontes bei den einzelnen Akteuren und Einrichtungen. Es braucht eine professionelle Perspektive, die davon ausgeht, mit der eigenen Arbeit ein Baustein eines größeren Netzwerks in der Region zu sein, das gemeinsam mit unterschiedlichsten Disziplinen und Professionen die Versorgung multimorbider alter Menschen bestreitet.

Zentral ist die Ausbildung der oben genannten Wegweiserkompetenz bei möglichst vielen Beteiligten, das heißt konkrete und aktuelle Kenntnisse darüber, wer in der Region wofür zuständig ist und an wen vermittelt werden kann. Hierzu gehört auch die Übernahme von Verantwortung für eine Clearing-Funktion („die zweite Tür muss die richtige sein“).

Bei neuen Verbänden muss sichergestellt werden, dass bestehende lokale Initiativen nicht bedroht werden, sondern auf diese zurückgegriffen, sie einbezogen oder mit ihnen kooperiert wird. Beispielsweise könnten bereits existierende Initiativen die Ausgangsbedingungen darstellen, unter denen neue Kooperationsvereinbarungen erst möglich werden. Zu vermeiden ist, dass neue Verträge und Organisationsformen lokale Strukturen gefährden und so schlimmstenfalls eine Bedrohung für bereits erreichte Versorgungsqualität darstellen.

3.2 Vorschlag für einen regionalen Verbund

Auf der Basis dieser Leitideen schlägt die Diakonie ein Strukturmodell vor, wie ein sektorenübergreifend arbeitender regionaler Verbund für alte Menschen im Sozialraum aussehen sollte (siehe Abbildung auf der nächsten Seite).

Profilgebend für dieses Verbundmodell ist, dass es weit über die kurative Versorgung hinausgeht. Damit unterscheidet es sich deutlich von ausschließlich medizinisch orientierten Modellen. Gerontologische Fachkompetenz in Form von Fallbegleitungen und fachlicher Planung, aber auch die Einbindung weiterer psychosozialer Hilfen, ehrenamtlicher Unterstützung und insgesamt die Verankerung in der Region, das heißt, die Gemeinwesenorientierung ist fester Bestandteil.

Insbesondere betont die Diakonie, dass es nicht um eine weitere Ausdifferenzierung und Ausbildung eines neuen spezialisierten Versorgungszweiges gehen sollte. Stattdessen favorisiert das Modell die bessere Koordination und wo nötig den Ausbau und die Ergänzung der bereits vorhandenen vorrangig niedrigschwelligen und gemeindenahen Regelversorgung, die durch geriatrisches und gerontologisches Spezialwissen ergänzt wird.

Folgende strategischen und fachlichen Eckpunkte hält die Diakonie beim Aufbau eines Verbundes für zentral:

- Die politische Ebene (Landkreis/Kommune) bildet den Rahmen zum Aufbau des Verbundes. Auf der Ebene der Kreise/Kommunen werden die politisch-fachlichen Rahmenvorgaben des Landes in regional spezifizierter Form umgesetzt.


Falls noch keine entsprechende Zusammenarbeit vor Ort aufgebaut ist, lädt die politisch zuständige Stelle alle Akteure vor Ort ein, die an der Versorgung alter multimorbider Menschen beteiligt sind – auch die Kostenträger –, sich an einem gemeinwesenorientierten Verbundaufbau und der Neuausrichtung hin zu einer selbstbestimmungs- und teilhabeorientierten Versorgung zu beteiligen.

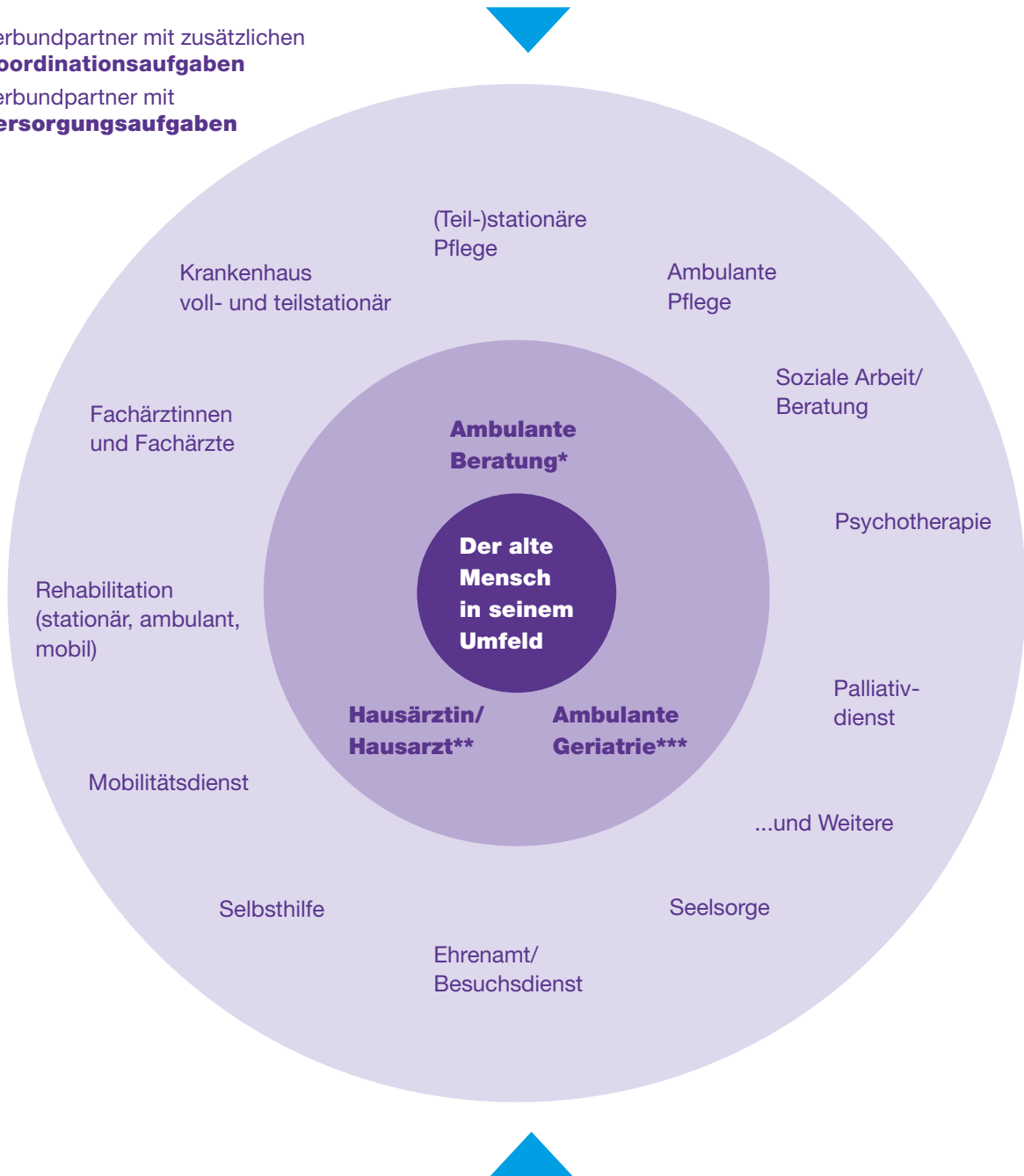
- Der Verbund beteiligt möglichst breit alle Dienste und Einrichtungen, die sich um alte Menschen kümmern.⁶

⁶ Gegebenenfalls sinnvoll sind hier auch untergesetzliche Regelungen, Vereinbarungen oder auch die gesetzliche Verankerung der Pflicht zur Mitwirkung in entsprechenden Verbänden, um mehr Verbindlichkeit zu schaffen.

Regionaler Verbund für alte Menschen – Strukturmodell

Die **Kommune** erteilt den Akteuren in der Region den Auftrag zum Verbundaufbau; politische Verantwortung für den Verbund

-  Verbundpartner mit zusätzlichen **Koordinationsaufgaben**
-  Verbundpartner mit **Versorgungsaufgaben**



Die **Kostenträger** sind am Verbundaufbau beteiligt

*** Ambulante Beratung:**

Gerontologische Perspektive, Sozialarbeit, Fokus auf Pflege, Teilhabe und Lebensqualität, Sektorenübergreifende Fallbegleitung

**** Hausärztin/Hausarzt:**

Vertrauensperson, Generalist, gute Kenntnis der häuslichen Situation, Langfristige medizinische Primärversorgung

***** Ambulante Geriatrie:**

z. B. GIA, MVZ, Schwerpunktpraxis, Elektive Überweisung für geriatrisches Assessment und Akuttherapie, Fokus Rehabilitation (Assessment und Einleitung)

- Es gibt eine klare Aufgabenteilung (s. Abb. S. 21) zwischen Verbundpartnern, die neben der Versorgung noch zusätzlich Koordinierungsaufgaben übernehmen und Verbundpartnern, die ausschließlich spezifische Versorgungsaufgaben wahrnehmen.
- Die zu erfüllenden Koordinierungsaufgaben betreffen verschiedene Ebenen:
Es muss
 - a) die bessere Zusammenarbeit für einzelne Patientinnen und Patienten im Einzelfall koordiniert werden und
 - b) der Aufbau und die Weiterentwicklung des Verbundes auf Basis fachlicher Expertise erfolgen.

Zu a): Die Zusammenarbeit im Einzelfall, das heißt, die Fallsteuerung und -begleitung liegt in der Hand von Hausärztinnen und Hausärzten, geriatrischer Kompetenz und/oder ambulanter Beratungsstelle. Diese Akteure sind die zentralen Verbundpartner mit Koordinationsaufgaben. Sie verständigen sich verbindlich und systematisch im Einzelfall darüber, wer die Fallbegleitung übernimmt. Und sie haben die Aufgabe, sich fallbezogen miteinander ins Benehmen zu setzen, ihre Arbeit zu verzahnen beziehungsweise fachlich zusammenzuarbeiten. Bereits jetzt gehören koordinierende Tätigkeiten hier zum genuinen Aufgabenfeld.

- Die Hausärztinnen und Hausärzte als Vertreter der generalistischen, gemeindenahen Versorgung sehen den Großteil der alten Menschen als Patientinnen und Patienten und sind im Idealfall über langjährige Fallverläufe informiert.
- Die lokale ambulante geriatrische Kompetenz kann je nach Region eine geriatrische Schwerpunktpraxis oder eine geriatrische Institutsambulanz sein oder von einem geriatrischen Krankenhaus/Abteilung ausgehen. Von hier geht der Transfer geriatrischen Fachwissens in den Verbund aus.
- Ambulante Beratung für alte Menschen ergänzt den Verbund durch gerontologische beziehungsweise sozialarbeiterische Kompetenz. Hier gibt es Unterstützung für Betroffene und Angehörige, sich im Leistungsrecht zurechtzufinden

und über die örtlichen Hilfsangebote informiert zu werden. Die Beratung erfolgt trägerunabhängig und -übergreifend und gegebenenfalls auch aufsuchend.⁷

Die Aufgabenzuweisung an diese drei Akteure erfolgt regional auf der konkreten Grundlage des jeweiligen Verbundkonzepts in Abstimmung mit der Kommune/dem Kreis und mit den Kostenträgern.

Zu b): Der Verbundaufbau muss fachlich geplant und koordiniert werden. Die Kommune/der Landkreis ist politisch verantwortlich für den Verbundaufbau. Die Umsetzung der Rahmenvorgaben für den Verbund erfolgt durch die Kostenträger und Leistungserbringer im Einvernehmen mit der Kommune/dem Landkreis. Insofern bleiben die Aufgaben der Selbstverwaltung unberührt.

- Alle Verbundpartner, die oben genannten Akteure mit Koordinierungsaufgaben, aber auch diejenigen, die im Wesentlichen Versorgungsaufgaben erfüllen sollen, erhalten von der Kommune/dem Kreis den Auftrag, eng bei der fachlichen Rahmenplanung mitzuwirken und die Umsetzung zu garantieren: Zuständigkeiten für die Versorgung sind hier abzustimmen, Versorgungspfade und Kommunikationsroutinen zu etablieren, ungedeckte Bedarfe zu analysieren, Versorgungslücken zu identifizieren, Lösungsvorschläge zu erarbeiten und an die Sozialplanung der Kommune zurückzugeben.
- Fachliches Ziel des Verbundes ist es, dass in der Verbundregion jeder alte multimorbide Mensch – wenn er oder sie es möchte – gesicherten Zugang zu allen Hilfsangeboten des gesamten Verbundes erhält, egal über welchen Verbundpartner der Erstkontakt erfolgte. Hierzu gehört auch, zu klären, wer in der Region sich gezielt um diejenigen alten Menschen bemüht, die nicht von sich aus Hilfe suchen (können) und deshalb auf aufsuchende Arbeit angewiesen sind.
- Alte Menschen und Angehörige sollten als Betroffene regelmäßig und mit geeigneten Formaten verbindlich in die fachliche Planung und Verbundgestaltung einbezogen werden (zum Beispiel über Vertreter des Stadtseniorenrats).

⁷ In manchen Regionen existieren bereits Beratungsstellen, die gegebenenfalls weiterentwickelt werden können, wie die Altenhilfe-Fachberatungsstellen, die Pflegestützpunkte oder die gerontopsychiatrischen Beratungsstellen. Diese bieten sich unter Umständen auch für die Ansiedlung einer Geschäftsstelle für den Verbund-Aufbau an.

- Für die selbstbestimmte Alltagsgestaltung und Teilhabe mehrfach erkrankter alter Menschen sind Fragen der Stadtentwicklung, der sozialen Dienstleistungen im Sozialraum, der Möglichkeiten zur außerhäuslichen Mobilität und des sozialen Austauschs (Freizeitgestaltung, der Besuch des Gottesdienstes, politische Vergemeinschaftungen et cetera) von großer Bedeutung. Deshalb ist der Verbund mit den hierfür wichtigen Akteuren zu vernetzen und in der Gemeinwesenarbeit vor Ort zu verankern.
- Wie die Verbundarbeit konkret gestaltet werden soll, ist lokal zu entscheiden. Zu klären ist beispielsweise, inwiefern es regelmäßige Treffen der Verbundpartner geben soll, ob eine Kooperationsvereinbarung sinnvoll ist, welche Teilnahme-Kriterien für interessierte Einrichtungen bestehen, in welchen Fällen und mit wem Fallbesprechungen durchgeführt werden und ob eine koordinierende Geschäftsstelle eingerichtet werden soll.

Sektorenübergreifende Arbeitsweisen in diesem Umfang sind in der Praxis bisher nur in Ansätzen und in einzelnen Regionen vorzufinden und erreichbar.

Praxisbeispiele:

Bereits heute werden jedoch modellhaft Bemühungen um eine nahtlosere regionale Zusammenarbeit durch verschiedene Akteure vorangetrieben und an vielen Orten gute Erfahrungen gemacht:

Mit einem eher medizinisch-geriatrischen Fokus legt beispielsweise der Krankenhausplan 2015 in Nordrhein-Westfalen neu die verbindliche Zusammenarbeit im geriatrischen Versorgungsverbund fest, unter anderem mit dem Ziel, unabhängig vom Behandlungsort eine geriatrische Anamnese und entsprechende Therapie durchführen zu

können und flächendeckend geriatrische Behandlungskompetenz vorhalten zu können.

Im Gerinet Woltersdorf (<http://www.gerinet-woltersdorf.de/>) fungiert die geriatrische Klinik als Mittelpunkt eines lokalen Netzwerks und arbeitet eng verbunden mit den anderen geriatrischen, auch ambulanten Strukturen der Umgebung.

Eher von der pflegerisch-sozialarbeiterischen Perspektive aus entwickelt, verstehen sich bereits heute viele Pflegestützpunkte, wie der Pflegestützpunkt in Berlin Mitte (<http://www.dw-stadtmitte.de/index.php?id=4>) als neutrale Beratungsinstanzen mit lokaler Wegweiserkompetenz.

Fachlich spezialisierte gerontopsychiatrische Beratungsdienste wie die GerBera Stuttgart (<http://www.eva-stuttgart.de/nc/unsere-angebote/angebot/gerontopsychiatrische-beratungsdienste/>) sehen ihre Aufgabe darin, Seniorinnen und Senioren trotz altersbedingter Einschränkungen ein möglichst selbstbestimmtes Leben in ihrem Stadtteil zu ermöglichen und bieten, damit dies gelingt, dafür auch Fallbegleitung durch verschiedene Versorgungsphasen an.

Viele weitere Projekte, Kooperationen und Initiativen ließen sich anführen. Gemeinsam ist diesen Praxisbeispielen, dass sie in der Regel bisher an strukturelle Grenzen stoßen. Sie könnten jedoch auch als ‚Bausteine‘ zukünftiger umfassenderer Verbünde verstanden werden. Als Bestandteil eines sektorenübergreifenden Verbunds für alte Menschen, wie oben vorgeschlagen, könnten solche bestehenden Ansätze neu gerahmt und aufgewertet werden.

Für eine umfassendere Umsetzung sind nicht zuletzt gesundheitspolitische Reformen notwendig (s. Kapitel 5), um Rahmenbedingungen zu schaffen, die die Zusammenarbeit erleichtern und nicht erschweren.

4. Kriterien guter Praxis für die sektorenübergreifende Versorgung alter Menschen

Der Verbundaufbau braucht Zeit, Geld und veränderte rechtliche Rahmenbedingungen (s. Kapitel 5). Die aktuellen gesetzlichen Regelungen erschweren gegenwärtig eine bessere Zusammenarbeit über Sektorengrenzen hinweg eher, als dass sie sie befördern. Dennoch engagieren sich bereits jetzt viele (diakonische) Träger und Einrichtungen, nicht zuletzt, weil der Wunsch nach einer sinnvollen, ‚nahtlosen‘ und möglichst erfolgreichen Versorgung bei den beteiligten Berufsgruppen zum professionellen Ethos gehört. Auch unter den aktuellen Rahmenbedingungen haben jeder Pflegedienst, jede Beratungsstelle, jedes Krankenhaus, jede hausärztliche Praxis und so weiter die Möglichkeit, sich in Richtung einer gelingenden sektorenübergreifenden Zusammenarbeit und in Richtung einer selbstbestimmungs- und teilhabeorientierten Versorgung alter Menschen zu orientieren. Die Diakonie schlägt im Folgenden einige Kriterien guter Praxis vor:

- Die Einrichtung orientiert ihre Arbeitsweise am Ziel der größtmöglichen Selbstbestimmung und Teilhabe alter Menschen und qualifiziert die Mitarbeitenden dahingehend. Der Aufbau von Mobilitätsdiensten im Verbund wird aktiv und, wenn möglich, mit Ressourcen unterstützt.
- Die Einrichtung hat das Selbstverständnis, Kooperationspartner in einem sektorenübergreifenden Versorgungsnetzwerk in der Region zu sein. Dies ist wichtiger Bestandteil der Organisationskultur. Die Mitarbeitenden sind gut über die umgebende Hilfelandschaft für alte Menschen informiert beziehungsweise werden regelmäßig fortgebildet (Wegweiserkompetenz).
- Die Einrichtung versteht sich als Pionier einer besseren sektorenübergreifenden Versorgung. Sie ist „Motor“ des Verbundaufbaus und übernimmt Verantwortung in der Mitgestaltung einer sektoren- und trägerübergreifenden Zusammenarbeit, zum Beispiel in der einrichtungsübergreifenden Entwicklung von Versorgungspfaden. Dafür

werden in der Einrichtung auch Ressourcen freigegeben. Mitarbeitende nehmen regelmäßig an lokalen runden Tischen, Gesundheitskonferenzen, Verbundtreffen zur Altenversorgung und so weiter teil.

- Die Einrichtung durchleuchtet die eigenen Schnittstellen selbstkritisch im Hinblick auf Entwicklungspotenziale und entwickelt Lösungen für eine nahtlose Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen und Diensten.
- Die Einrichtung betreibt Organisationsentwicklung zur Förderung einer kontinuierlichen Begleitung von alten Menschen.⁸
- Die Einrichtung richtet ihr Entlassungsmanagement auf die umgebenden Kooperationspartner aus. Die Nachsorge ist bei Entlassungen regelhaft eingeleitet und wird rechtzeitig, gegebenenfalls schon bald nach dem Aufnahmezeitpunkt vorbereitet. Wenn sinnvoll, werden Fallbesprechungen einberufen, an denen neben den Betroffenen und ihren Angehörigen Hausärztinnen und Hausärzte, geriatrische Fachkompetenz und eine ambulante Beratungsstelle beteiligt sind. Die entlassende Einrichtung stellt sicher, dass die notwendigen Informationen an die nachsorgenden Dienste geflossen sind.
- Die Einrichtung berücksichtigt die Betroffenenperspektive und beteiligt alte Menschen systematisch an der Weiterentwicklung des Angebots.
- Die Einrichtung ist der Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit in der Bevölkerung verpflichtet. Die eigenen Angebote werden systematisch daraufhin reflektiert, inwiefern sie ‚ungleichheitsblind‘ sind, das heißt, welche Bevölkerungsgruppen besser oder schlechter erreicht und versorgt werden.
- Der diakonische Träger versteht sich auch als sozialpolitischer Akteur. Er arbeitet mit den vor Ort politisch Verantwortlichen zusammen, um Weiterentwicklungen der Versorgung anzustoßen.

⁸ Beispielsweise Umsetzung von Konzepten wie Personenzentrierung, feste Ansprechpartner, Bezugspflege, unabhängige ehrenamtliche Berater et cetera.

5. Gesundheitspolitische Forderungen

Mit den folgenden Analysen und Forderungen tritt die Diakonie für politisch zu initiierende Strukturreformen ein. Unter der Diagnose, dass gegenwärtig Bemühungen um mehr Zusammenarbeit vorwiegend pionierhaft durch Akteure vor Ort und trotz erschwerender Rahmenbedingungen erfolgen, muss es aus Sicht der Diakonie vorrangig darum gehen, eben diese strukturelle Basis der Arbeit kooperationsfreundlicher zu gestalten.

Im Mittelpunkt der folgenden Ausführungen steht das Gesundheitswesen im engeren Sinne. Dies beinhaltet keine Rücknahme der in den vorangegangenen Kapiteln breiter angelegten konzeptionellen Vorschläge. Die Akteure der medizinischen Versorgung spielen jedoch gegenwärtig als Vetospieler und aber auch Ermöglicher eine zentrale Rolle dafür, ob eine sektorenübergreifende Versorgung gelingen kann.

Die hier ausschnitthaft für das Gesundheitssystem skizzierten Reformvorschläge sind um weitere Reformen (beispielsweise des SGB XI) zu ergänzen und nicht zuletzt auf der Ebene des regionalen Sozialraums mit der fachlichen und Sozialplanung und Gemeinwesenarbeit zu verbinden. Sie sind als strukturelle Basis dafür zu verstehen, dass eine inhaltliche Neuausrichtung der Versorgung alter multimorbider Menschen im Sinne von mehr Selbstbestimmung und sozialer Teilhabe möglich wird.

5.1 Gemeinwesenorientierte Kooperation statt Wettbewerb fördern

Der flächendeckende Ausbau gut koordinierter gemeinwesen-, selbstbestimmungs- und teilhabeorientierter Hilfestrukturen für multimorbide alte Menschen kann nur gelingen, wenn die Gesundheits- und Sozialpolitik mehr als bisher inhaltlich zielgerichtet gestaltet und die Versorgung politisch verantwortet wird. Es fordert politischen Gestaltungswillen, auf der Ebene der Systemsteuerung einzugreifen und das Verhältnis zwischen den staatlichen Stellen, insbesondere auf Landes- und kommunaler Ebene, den Sozialversicherungen, der ärztlichen

Selbstverwaltung und anderen Leistungserbringern neu zu bestimmen.

Zentral für diese Neuausrichtung wird es sein, die in der Praxis schon längst fragwürdig gewordene Unterscheidung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung aufzulösen und den beteiligten Akteuren der Altenversorgung Rahmenbedingungen zu schaffen, die mehr Kooperation ermöglichen. Nicht zuletzt die Ausdünnung der Versorgung in ländlichen Räumen verlangt erweiterte Gestaltungsspielräume für sektorenübergreifende Versorgungsformen.

Das Plädoyer für eine Stärkung der politischen Verantwortung für die gesundheitliche Versorgung resultiert aus einer Kritik wettbewerblichen Denkens einerseits und einer nur „ermöglichenden“ gesundheitspolitischen Gesetzgebung andererseits:

Kritik des selektivvertraglichen Ansatzes zur Schaffung sektorenübergreifender Versorgung:

Die gesundheitspolitische und -ökonomische Diskussion der letzten Jahrzehnte drehte sich um die Forcierung des Vertragswettbewerbs der Krankenkassen und die Einschränkung des Kollektivvertragsrechts zugunsten von Selektivverträgen. Dieser Weg wurde als Königsweg beschrieben, um bestehende Systemverkrustungen aufzubrechen.

Obwohl es durch Selektivverträge in der Tat gelungen ist, im Einzelfall neue Versorgungsformen zu etablieren und insbesondere die hausarztzentrierte Versorgung zu fördern, ist die wettbewerbliche, selektivvertragliche Ausrichtung der Versorgung mit erheblichen Problemen verbunden, auf die die Diakonie bereits in ihrem gesundheitspolitischen Perspektivenpapier hingewiesen hat (vergleiche Diakonie Texte 11.2013, Gesundheitspolitische Perspektiven der Diakonie 2014).

Der Vertragswettbewerb setzt auf Vorteilsnahme durch einzelne Krankenkassen und die mit ihnen kontrahierenden Leistungserbringer, er nimmt gerade keine sozialräumliche Struk-

turverantwortung wahr. Dahinter steht nicht nur die Idee, dass das freie Spiel der Kräfte in der Lage ist Bedarfe zu befriedigen, sondern auch, dass Patientinnen und Patienten selbst nicht nur ihre Versorgung, sondern (als Aggregat) indirekt auch das Versorgungssystem steuern. Entgegen dieser Illusion der „invisible hand“ (Adam Smith) erzeugen Selektivverträge jedoch mit hoher Wahrscheinlichkeit Oligopole und regionale Risikoselektionen, also die bessere Versorgung von bessergestellten Regionen und Ballungsgebieten. In dem Maße also, in dem die Versorgung über Selektivverträge geregelt wird, entsteht ein steuerungspolitisches Vakuum auf Kosten der stärker sozial benachteiligten Schichten, der Menschen mit den größten Bedarfen, aber geringsten Ressourcen und auf Kosten ärmerer und ländlicher Regionen.

Kritik der ‚ermöglichenden‘ Gesetzgebung im Gesundheitswesen:

Auch die Delegation wesentlicher Gestaltungsaufgaben an die Selbstverwaltung hat Probleme gezeitigt, denn sie birgt das Risiko, dass Vorgaben des Gesetzgebers nicht zeitnah und sinngemäß umgesetzt werden, während der Gesetzgeber keinen Handlungsbedarf erkennt, regulierend einzugreifen. Im Ergebnis kann es zu Handlungsblockaden und einer Verantwortungsdiffusion kommen. In den letzten Jahren hat sich immer wieder gezeigt, dass in Folge einer solchen „ermöglichenden“ gesundheitspolitischen Gesetzgebung Elemente des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenkassen nicht durchgängig umgesetzt wurden.

Die Diakonie hat beispielsweise immer wieder auf die Umsetzungsdefizite in der Verwirklichung der mobilen Rehabilitation und in der Soziotherapie und weiteren Leistungen hingewiesen. Solche Leistungen sind für kurativ beziehungsweise rehabilitativ zu versorgende Menschen mit komplexen Bedarfen jedoch zur Sicherung einer selbstbestimmten und teilhabeorientierten Alltagsgestaltung wichtig.

Mit dieser Problembeschreibung sollen die Leistungen der Selbstverwaltung nicht geschmälert werden, wohl aber ist in Zukunft der verbindliche Charakter politisch-rechtlicher Vorgaben zu stärken:

Aus Sicht der Diakonie kann eine gemeinwesenorientierte Versorgung alter Menschen nur dann umfassend und verbindlich gestaltet werden – und die (diakonischen) Einrichtungen und Träger unter günstigen Rahmenbedingungen ihrem ureigenen Auftrag einer gelingenden Behandlung und Begleitung der betroffenen Menschen folgen – wenn zukünftig die Anreize zur regionalen Kooperation und populationsbezogenen Zusammenarbeit und gemeinsamen Verantwortungsübernahme aller Akteure die bisherigen Wettbewerbsanreize überwiegen.

5.2 Integrierte Versorgungsplanung und Sicherstellung der medizinischen Versorgung politisch verantworten

Die Diakonie plädiert für eine Neujustierung des Verhältnisses zwischen Politik und Selbstverwaltung auf den Ebenen der Versorgungsplanung, der Sicherstellung der Versorgung und der Rechtsaufsicht⁹.

Derzeit findet faktisch keine umfassende Planung der Versorgung älterer Menschen statt, denn diese setzt voraus, dass explizit geregelt ist, welche Akteure welche Aufgaben in einem sozialräumlich bestimmten Versorgungsgebiet wahrnehmen. Stattdessen richtet sich derzeit das Versorgungsgeschehen oftmals nach den finanziellen Anreizen („Spur des Geldes“).

Soll Planung gelingen, muss sie folglich mit einer Finanzierungssystematik verbunden werden, die sektorenübergreifendes Arbeiten zumindest nicht bestraft. Kompetenzen und

⁹ Die Diakonie schließt auch an Überlegungen an, die sich die 87. Gesundheitsministerkonferenz mit dem zustimmend zur Kenntnis genommenen Bericht „Gesundheit und Demographie“ zu Eigen gemacht hat: „Um die Ziele (Sicherung der medizinischen Versorgung bei Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots, d. Verf.) zu erreichen, muss bereits die Bedarfsplanung angepasst werden. Mittel- bis langfristig müssen auch hier die Sektorengrenzen überwunden und eine sektorenübergreifende, integrierte Bedarfsplanung unter maßgeblichem Einfluss der Länder nach Maßgabe eines bundeseinheitlichen Rahmens bestehen. Verträge zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern müssen die Vorgaben der Bedarfsplanung zwingend berücksichtigen. Die Länder achten auf deren Einhaltung mit Durchgriffsrechten, wenn Versorgungslücken drohen oder bestehen. Die Finanzierung eines solchen integrierten Gesundheitssystems sollte sinnvollerweise aus einem gemeinsamen Budget des ambulanten und stationären Bereiches erfolgen. Bericht „Gesundheit und Demografie“ (S.55) der 87. GMK vom 26. bis 27. Juni 2014 in Hamburg angenommen mit 15:1 (SN)

Zuständigkeiten müssen fachlich sinnvoll und transparent geregelt sein. Eine Herausforderung sektorenübergreifender Planung ist, dass sie gleichzeitig den einzelnen Sektoren auskömmliche Finanzierung bieten muss, auch wenn – im Interesse der betroffenen alten Menschen – Versorgungsanteile zwischen den Sektoren wechseln. Das Interesse an einer gewinnorientierten Verschiebung dieser Anteile ist kontraproduktiv für eine fachlich optimale Versorgung, hier ist eine Korrektur von Fehlanreizen vorzunehmen. Denkbar wäre etwa, für eine sektorenübergreifende Versorgung alter Menschen definierte intersektorale Behandlungspfade vorzusetzen.

Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren die Notwendigkeit sektorenübergreifender Regelungen durchaus gesehen, und – zumindest im engeren Bereich des Gesundheitssystems – neue Regelungen geschaffen¹⁰. Hinsichtlich der Versorgungsplanung plädiert die Diakonie für eine integrierte Gestaltung der ambulanten und der stationären Versorgung als Rahmenplanung, die durch kooperative und gegebenenfalls wettbewerbliche Elemente gefüllt und durch eine neue Finanzierungssystematik unterstützt wird. Für die Etablierung sektorenübergreifender Verbände muss das wettbewerbliche Element jedoch zurück stehen, denn die Politik und die Leistungsträger sind gehalten, die Verbundbausteine bedarfsorientiert sicherzustellen.

Dazu müssen die Länder den Rahmen für die Versorgung festlegen. Sie müssen sich dazu nicht nur in Bezug auf die ambulante Versorgung auf die vom Gemeinsamen Bundesausschuss entwickelten Referenzgrößen beziehen, sondern diese auch mit der Krankenhausplanung verbinden und die Dienste einbeziehen, die im stationären Sektor ambulante Aufgaben übernehmen. Die Aufgabe der Krankenkassen (und weiterer Leitungsträger) und der Leistungserbringer ist es, den politisch vorgegebenen Rahmen vertraglich unter Wahrung des sozialrechtlichen Dreiecksverhältnisses und des Grundsatzes der Subsidiarität auszufüllen. Der Sicherstellungsauftrag bleibt für den ambulanten Bereich in der gemeinsamen Verantwortung von Kassenärztlichen Vereinigungen und

Krankenkassen, für den stationären Bereich bei den Ländern. Wird der Sicherstellungsauftrag nicht umgesetzt, erhalten die Länder Durchgriffsrechte.

Ferner könnten die Kompetenzen des Landesgremiums (nach § 90a SGB V), das nach Maßgabe landesrechtlicher Bestimmungen jetzt schon Empfehlungen zur sektorenübergreifenden Versorgung abgeben kann, ausgeweitet werden. In einem Schritt könnten die Landesgremien die Aufgabe erhalten, die bundeseinheitlichen Vorgaben regional zu spezifizieren beziehungsweise Abweichungen zu formulieren. Ein weiterer Schritt bestünde darin, auf der Grundlage von Einvernehmensregelungen zwischen den Akteuren die Grundzüge der sektorenübergreifenden Versorgung zu bestimmen.

Auch ist zu bedenken, ob die Aufgaben der Landesausschüsse nach § 90 SGB V (Beratung des Bedarfsplans gemäß Bedarfsplanung nach § 99 SGB V, Feststellung einer Über- oder Unterversorgung nach § 103 SGB V und der Beschluss von Zulassungsbeschränkungen für Ärztinnen und Ärzte) an das gemeinsame Landesgremium zu übergeben sind. Zugleich ist zu gewährleisten, dass alle in der Versorgung beteiligten Leistungsträger und die Vertreter der Leistungserbringer, einschließlich der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege an den Entscheidungen beteiligt sind.

Eine kooperativ ausgefüllte Rahmenplanung könnte auch einen Beitrag dazu leisten, eine akzeptable regionale Verteilung der Ärztinnen und Ärzte, einschließlich eines Netzes regionaler geriatrischer Schwerpunktpraxen (und anderer Facharztgruppen) zu schaffen und auch die rehabilitative und Akutversorgung stärker zu verzahnen. Ungerechte Ressourcenverteilungen zwischen den Arztgruppen und Regionen könnten nachjustiert werden.

5.3 Rechtsaufsicht neu ordnen

Die Übernahme der politischen Letztverantwortung durch die Länder bedingt, dass die Landesbehörden Durchgriffsrechte

¹⁰ Durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz (Dezember 2011) wurden bereits wichtige Schritte zur besseren Planung in der ambulanten Versorgung durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte gesetzlich verankert. Diese betreffen differenzierte Planungsgebiete, die Einbeziehung aller Facharztgruppen, regionale Abweichungsmöglichkeiten, Mitspracherecht der Länder im GBA bei neuen Bedarfsplanungsrichtlinien, die Beteiligung der Länder an den Landesausschüssen und bei Genehmigungsverfahren bei integrierten Versorgungsverträgen durch Abgleich mit Planungen und die Schaffung des Gremiums nach § 90a SGB V. Auch die Kommunen können (nach § 95 SGB V) Medizinische Versorgungszentren einrichten.

haben, falls die Vorgaben der Versorgungsplanung nicht erfüllt werden. Gegenwärtig haben die Landesbehörden die Rechtsaufsicht ausschließlich für die Regionalkassen, die im Land sitzen und die Aufsicht über die Kassenärztlichen Vereinigungen. Dagegen ist das Bundesversicherungsamt zuständig für die bundesweiten Krankenkassen. Da deren Marktanteil steigt, trägt das Bundesversicherungsamt Verantwortung für ein regionales Versorgungsgeschehen, die es faktisch nicht wahrnehmen kann.

Vor dem Hintergrund dieser Problemkonstellation spricht sich die Diakonie für eine funktionale Neuaufteilung der Rechtsaufsicht aus: Die Aufsicht über die Haushalte der Krankenkassen sollte dem Bundesamt übertragen werden, die Aufsicht über die regionale Versorgung und die Vertragsgestaltung hingegen den Landesbehörden. Bundesamt und Landesbehörden haben sich eng abzustimmen.

5.4 Ein gemeinsames Budget und gleichwertige Vergütungsregeln für die ambulante und stationäre Krankenbehandlung schaffen

Soll eine integrierte Planung auch umgesetzt werden, ist ein gemeinsames Budget für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte und weiteren Therapeutinnen und Therapeuten und für die Krankenhäuser notwendig. Dieses Anliegen ergibt sich nicht nur aus der in den letzten Jahren erfolgten faktischen Öffnung der Krankenhäuser für zahlreiche Aufgaben der ambulanten Versorgung, sondern ist auch nötig, um einer umfassenden Zusammenarbeit entgegenwirkende Interessenlagen zu neutralisieren.

Ziel muss es sein, dass für verschiedene mögliche Settings in Zukunft vergleichbare indikations- und aufwandsbezogene Vergütungen bereitgestellt werden, damit diejenigen Versorgungsformen gezielt aufgebaut und entwickelt werden können, die von den betroffenen alten Menschen gewünscht werden und die fachlich sinnvoll erscheinen, und nicht diejenigen, die finanziell am attraktivsten sind.

5.5 Vergütung neu ausrichten

Aufwände vergüten

Die Behandlung geriatrischer Patientinnen und Patienten ist aufgrund ihrer Multimorbidität oftmals besonders aufwendig und zeitintensiv. Dies ist bei der Vergütung, die auch Haus-

und Heimbefuche attraktiv zu finanzieren hat, zu berücksichtigen. Insbesondere bei demenzerkrankten Menschen ist der Zeitfaktor beim Assessment und der Therapie zu beachten.

Einrichtungs- und sektorenübergreifende Arbeit vergüten

Im Verbund sind Leistungselemente nicht immer und ausschließlich nur einem Sektor und dessen Financier zuzuordnen. Dennoch sind sie unabdingbare Momente der Arbeit im Verbund. Ein Baustein des seitens der Diakonie entwickelten Modells ist die Fallbegleitung, das heißt personelle Kontinuität für die Betroffenen, wenn diese sie brauchen und wünschen. Ein anderer Baustein sind Fallkonferenzen. Zu denken ist auch an die Informations- und Kommunikationsarbeit zur Sicherstellung des Verbunds, an etwaige Qualitätszirkel und weitere system- oder fallbezogene Leistungen. Für diese Leistungsbestandteile schlägt die Diakonie sektoren- und einrichtungsübergreifende regional bezogene Budgets vor.

Eine weitere Perspektive sind aus Sicht der Diakonie Budgetformen, die die Leistungserbringung im Verbund unabhängig davon vergüten, welcher Verbundpartner sie erbringt, ob in ambulanter oder stationärer Form. Dadurch fallen widerstreitende Interessen, das Bestreben, Leistungen in die eigenen Einrichtungen zu ziehen, fort und fachliche Argumente können den Versorgungspfad stärker prägen. Solche Vergütungsformen könnten per Modellversuch nach §63 SGB V erprobt werden.

5.6 Medizinische Rehabilitation für alte Menschen flexibel gestalten und zugänglich machen

Die geriatrische Rehabilitation ist in den Ländern unterschiedlich ausgestaltet, in einigen Ländern ist sie Teil der akuten Krankenbehandlung im Krankenhaus, in anderen Ländern konzeptionell, finanziell und oftmals institutionell verselbstständigt und dem allgemeinen (SGB IX) und speziellen Rehabilitationsrecht (in der Regel: SGB V) unterworfen. Vorderhand ist die Integration in die Akut- beziehungsweise Krankenbehandlung plausibel, da zwischen Krankenbehandlung und medizinischer Rehabilitation graduelle Übergänge bestehen können; faktisch jedoch ist die Befürchtung begründet, dass der Verzicht auf eine Verselbstständigung der geriatrischen Rehabilitation dazu führt, dass die Patientinnen und Patienten auf komplexe teilhabeorientierte Leistungen verzichten müssen. Dies gilt insbesondere, seit die Leistungsvergütung im Krankenhaus im Rahmen des DRG-Systems pauschaliert wurde. Zumindest in dem Maße, in dem die geriatrische Reha-

bilitation ambulant und mobil, das heißt aufsuchend veranstaltet wird, ist es sinnvoll, sie sozialrechtlich und konzeptionell aus der Krankenbehandlung herauszulösen.

Neben der Form der Leistungserbringung ist die medizinische Rehabilitation im Allgemeinen, die geriatrische Rehabilitation im Besonderen auch zeitlich und den Leistungsinhalten nach zu flexibilisieren. Je nach Bedarf sollten kürzere und längere Rehabilitationsphasen möglich sein, die auch als Intervall zu gestalten sind. Schließlich sollte es möglich sein, stationäre, ambulante und mobile Formen zu kombinieren.

Die vorgeschlagenen Schritte können auch dazu beitragen, die geringe Quote von alten Menschen möglicherweise zu erhöhen, die ausgehend von der Reha-Bedarfsfeststellung im Rahmen der Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erhalten.

Zudem sollte für alle Rehabilitationsträger gelten, dass eine Ablehnung eines Antrags auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nur noch dann erfolgen kann, wenn der Rehabilitationsträger auch geprüft hat, ob durch eine Rücksprache mit der Ärztin beziehungsweise dem Arzt oder der Patientin oder dem Patienten die Aussagefähigkeit des Rehabilitationsantrags verbessert werden kann. Eine entsprechende Regelung ist im SGB IX aufzunehmen.

Insofern Teilhabeleistungen aus mehreren Leistungsgruppen in Frage kommen, ist es geboten, dass der Rehabilitationsbedarf übergreifend festgestellt wird. Träger- und sektorenübergreifende Teilhabekonferenzen stellen ein geeignetes Instrument dar. Sind mehrere Rehaträger in der Pflicht, ist ein trägerübergreifender Teilhabeplan mit dem betroffenen Menschen zu formulieren (vergleiche hierzu auch die Gemeinsame Empfehlung „Reha-Prozess“ der BAR).

Die Diakonie Deutschland unterstützt nachdrücklich das Anliegen, die Verwirklichung der trägerübergreifenden Bedarfsfeststellung und Hilfeplanung dadurch zu stärken, dass ein individueller Anspruch auf ein Verfahren unter Beteiligung aller Leistungsträger ausdrücklich normiert wird (vergleiche auch die Empfehlungen des Deutschen Vereins zur Weiterentwicklung des SGB IX vom 20.03.2013). Auf diese Weise wird dem Gebot des SGB IX zur Kooperation und Koordination der Leistungsträger unabhängig von Zuständigkeitsfragen stärker Geltung verschafft.

Auch die neuen Regelungen des (im Juli 2015 in Kraft getretenen) GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes zum Entlassmanagement stellen in diesem Kontext eine wichtige Weiterentwicklung des

Sozialrechts hin zu sektorenübergreifenden Kooperationen dar. Um Übergänge zu verbessern, sollte jedoch nicht nur bereits im Krankenhaus die medizinische Rehabilitationsleistung beantragt werden, sondern, falls notwendig, auch ein rehabilitatives Konsil, das den Teilhabebedarf feststellt. Kommen mobile Reha-Leistungen in Betracht, so ist ein auf die Mobile Rehabilitation bezogenes Verfahren anzuwenden.

Hinsichtlich der Bedarfsplanung und Sicherstellung sind für den Bereich der medizinischen Rehabilitation, der einen eigenen Sozialrechtskreis bildet, im Zuge einer Reform des SGB IX die Regelungen zum Sicherstellungsauftrag neu zu fassen. Das SGB IX bestimmt (in § 36), dass die Rehabilitationsträger gemeinsam unter Beteiligung der Bundesregierung und der Landesregierungen darauf hinwirken, dass die fachlich und regional erforderlichen Rehabilitationsdienste und -einrichtungen in ausreichender Zahl und Qualität zur Verfügung stehen. Um die genannten Bestimmungen mit Leben zu füllen, ist es notwendig, dass die rehabilitative Versorgung in die Bedarfsplanung und Sicherstellungsverantwortung auf Landesebene einbezogen ist.

In Wahrnehmung ihrer gemeinsamen Aufgaben sollen die Rehabilitationsträger nach § 25 SGB IX verpflichtet werden, regionale Arbeitsgemeinschaften zu bilden.

Der Diskussion zur Frage, ob und wie Leistungen der Pflegeversicherung beziehungsweise der damit zusammenhängenden Infrastruktur gesteuert werden, soll hier nicht vorgegriffen werden.

5.7 Prävention und Gesundheitsförderung konsequenter lebenslagenorientiert ausbauen

Das Spektrum möglicher Maßnahmen zur Vermeidung und Verminderung von Krankheit, Pflegebedürftigkeit und Behinderung im Alter umfasst die Stärkung individueller und sozialer gesundheitlicher Ressourcen (auch in der Kuration, der Pflege und der Rehabilitation) und präventives Engagement, das, soll es erfolgreich sein, sich immer nicht nur auf das individuelle Verhalten, sondern auch auf die Lebensbedingungen beziehen sollte.

Neue Chancen träger- und sektorenübergreifenden Handelns verspricht das im Juli 2015 beschlossene Präventionsgesetz, das dem Gesundheitsziel des gesunden Alterns, der Prävention und Gesundheitsförderung in der stationären Pflegeeinrichtung und – in der Begründung – dem Setting Stadtteil verpflichtet ist.

Die Diakonie erwartet, dass auf Landesebene die Kranken-, Unfall, Pflege- und Rentenversicherung sowie die Länder sich mit den „Trägern“ der Settings – das sind neben den Kommunen in sehr großem Maße Einrichtungen und Dienste der Freien Wohlfahrtspflege – auf konkrete, lebenslagenbezogene Programme verständigen, die auch einen Beitrag zur Verringerung sozial bedingter ungleicher Gesundheitschancen leisten. Die Diakonie hat angestrebt, dass sie auf Bundes- und Landesebene in die diesbezüglichen Vereinbarungen (Bundesrahmenempfehlungen, Landesvereinbarungen) einbezogen wird. Das Präventionsgesetz ist dahingehend zu reformieren, dass in Zukunft die Zivilgesellschaft verbindlich in die Vereinbarungen auf Bundes- und Landesebene einbezogen ist und auf Landesebene sozialleistungsträgerübergreifende Programme verabschiedet werden. Mit einer bloßen Weiterführung vornehmlich zeitlich befristeter Projekte in der Regie der Krankenkassen ist eine Präventionsstrategie nicht vereinbar.

In mehreren europäischen Ländern wurden mit dem Konzept des präventiven Hausbesuchs gute Erfahrungen gemacht, durch die auch Leistungselemente in einer sektorenübergreifenden Perspektive erschlossen werden können. Dennoch sind eine Reihe von Fragen, die unter anderem die Zielgruppe und die richtige Ausgestaltung von Maßnahmen betreffen, noch nicht hinreichend geklärt. Die Diakonie schlägt vor, diesen aufsuchenden Ansatz modellhaft in einzelnen Verbänden zu etablieren und zu evaluieren.

5.8 Außerhäusliche Mobilität absichern

Unterstützungsangebote, die den Betroffenen helfen, auch bei bestehenden Mobilitätseinschränkungen den Alltag außerhalb der Wohnung weiterführen zu können (Einkäufe, soziale Kontakte et cetera), sind in vielen Regionen nicht ausreichend entwickelt. Bei körperlichen Funktionseinschränkungen droht soziale Isolation und Vereinsamung. Aus Sicht der Diakonie besteht der Anspruch auf außerhäusliche Mobilität (auch) für alte multimorbide in ihrer Teilhabe eingeschränkte Menschen. Entsprechende Angebote sind flächendeckend auszubauen und sicherzustellen.

5.9 Offene Altenhilfe als verpflichtende Aufgabe der Kommunen festlegen und finanzieren

Die gemeinwesenorientierte Altenarbeit ist ein wesentlicher Bestandteil einer teilhabe- und gesundheitsorientierten kommunalen Daseinsvorsorge. Sie soll auch dazu beitragen, dass

alte Menschen in einem auf ihre Bedürfnisse und ihren Willen ausgerichteten Umfeld leben und Unterstützungssysteme finden. Altenarbeit im Gemeinwesen verlangt, dass die kommunale Sozialplanung – jenseits eines versäulten Denkens – in transparenten und partizipativen Strukturen verläuft und als kommunale Pflichtaufgabe gesetzlich formuliert wird. Damit sie nachhaltig ist, braucht sie ein kommunales Basisbudget. Zu ihren Aufgaben sollte die Beteiligung an den oben genannten Verbänden gehören.

5.10 Gesundheitliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen sicherstellen

Ein Problemkreis, der fachlichen und politischen Lösungen zugeführt werden muss, ist die medizinische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen.

Der Gesetzgeber hat in den letzten Jahren vor allem die stationären Pflegeeinrichtungen in die Pflicht genommen, die seit 2014 die Regelungen zur ärztlichen, fachärztlichen und zahnärztlichen Versorgung für die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar sowohl im Internet als auch in anderer geeigneter Form kostenfrei zur Verfügung stellen müssen. Sie können (nach § 119b SGB V) Kooperationsverträge mit geeigneten vertragsärztlichen Leistungserbringern schließen.

Die Diakonie sieht vor allem die Kassenärztlichen Vereinigungen in der Pflicht, die Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen sicherzustellen. Dazu wird vorgeschlagen, die Kann-Regelung des § 119b SGB V (Ambulante Behandlung in stationären Pflegeeinrichtungen) in eine verpflichtende Bestimmung umzuwandeln. Außerdem ist gerade in stationären Pflegeeinrichtungen, in denen geriatrische Problemkonstellationen in besonderem Maße kumulieren, eine geriatrische Basisqualifikation der betreuenden Vertragsärztinnen und -ärzte sicherzustellen.

5.11 Mehr Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe, Delegation und Substitution strukturell besser ermöglichen

Auch vor dem Hintergrund der deutlich komplexeren und in kooperativeren Formen stattfindenden Arbeit in Verbänden, spricht sich die Diakonie dafür aus, die Diskussion um die Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen an Gesund-

heitsfachberufe zu intensivieren und entsprechende gesetzliche Neuregelungen zu forcieren. Durch ihre fachliche Aufwertung werden diese Berufe nicht nur attraktiver, es würde auch das mancherorts bereits faktisch übernommene breitere Aufgabenspektrum einer stärker teilhabeorientierten Versorgung reflektieren.

Eine Weichenstellung stellen hierfür auch die Studien- beziehungsweise Ausbildungsordnungen dar, die die Vermittlung von berufsgruppen- und sektorenüberschreitender Teamarbeit aufnehmen sollten.

5.12 Zuzahlungen begrenzen

Zur Problematik der Zuzahlungen hat sich die Diakonie in ihren „Gesundheitspolitischen Perspektiven 2014“ ausführlich kritisch geäußert. Im Zusammenhang mit der Versorgung alter Menschen ist vor allem auf das Problem der Zuzahlung bei Hilfsmitteln hinzuweisen: Sie sind für viele alte Menschen unverzichtbare Elemente der rehabilitativen Versorgung, zugleich aber mit hohen Eigenbeteiligungen verbunden. Auf sie ist im Interesse der Teilhabe alter Menschen zu verzichten.

5.13 Neue institutionelle Versorgungsformen in ländlichen Regionen fördern

Die vom Sachverständigenrat für das Gesundheitswesen 2015 vorgeschlagenen Gesundheitszentren antworten nicht nur auf die komplexen sektorenübergreifenden Bedarfe von Patientinnen und Patienten, sondern auch auf Versorgungsengpässe in bevölkerungsarmen ländlichen Regionen. Sie können die Versorgung ambulantisieren, indem sie Krankenhauseinweisungen vermeiden, sie vernetzen sich aber auch mit stationär vorgehaltenen Kompetenzen. Sie leisten vielfältige Verknüpfungsaufgaben, auch die Integration mit der fachärztlichen Grundversorgung. In stationärer, ambulanter oder mobiler Form können medizinisch-rehabilitative Aufgaben von den Zentren wahrgenommen werden. Sie können Beratungsaufgaben wahrnehmen und aufsuchend tätig werden. Sie können Lotsen- und Fallbegleitungsaufgaben erfüllen.

Entsprechend bieten sich diese Zentren auch an, zentrale Koordinierungsaufgaben beim Aufbau von sektorenübergreifenden Verbänden für alte Menschen zu übernehmen. Entsprechend diesem Aufgabenprofil sind sie auch personell auszustatten und zu refinanzieren.

Mit dem zum 1. Januar 2016 in Kraft getretenen Krankenhausstrukturgesetz (Änderungen der § 12 ff des Krankenhausfinanzierungsgesetzes) sollen die Bundesländer dabei unterstützt werden, den stationären Bereich etwa durch Umwandlung ungenutzter Kapazitäten in ambulante Gesundheits-, Pflegezentren oder andere Einrichtungsformen, wie Hospize vorzunehmen. Dazu können die Länder insgesamt 500 Millionen Euro aus einem Strukturfonds (aus Mitteln der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds gebildet) in Anspruch nehmen, wenn sie die Mittel hälftig ergänzen. Die Entscheidung über die Vorhaben trifft das Land im Einvernehmen mit den Verbänden der Krankenkassen. Diese Regelung wird von der Diakonie grundsätzlich begrüßt, auch wenn die vorgeschlagene Summe als zu gering erscheint.

5.14 Die soziale Ökonomie fortentwickeln

Krankenhäuser, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Gesundheitszentren und andere Dienste und Einrichtungen in den Verbänden verpflichten sich, die Versorgung in einer Region sicherzustellen. Diese integrierte Versorgungsverantwortung ist aus der Gemeindepsychiatrie bekannt. Die Dienste und Einrichtungen arbeiten auf diese Weise unmittelbar in sozialer Verantwortung. Dieser Aufgabe entsprechen sozialwirtschaftliche Unternehmen besser, die anders als privatwirtschaftliche Unternehmen zwar ihre (zumeist knappen) Ressourcen zielorientiert (damit wirtschaftlich) einsetzen müssen, jedoch einen geringeren Renditedruck aufweisen (etwa im Vergleich zu Aktiengesellschaften). Die Risiken einer nur selektiven Wahrnehmung sozialer Aufgaben und die Überformung oder gar Beschädigung fachlichen Handelns durch privatwirtschaftliche Gewinnorientierung sind bei sozialwirtschaftlichen Unternehmen ungleich geringer. Dies spricht für den Ausbau der Partnerschaft zwischen Ländern und Kommunen, den Sozialversicherungen und der Sozialwirtschaft.

Mitglieder der Projektgruppe

Das Papier wurde von einer Projektgruppe bei der Diakonie Deutschland – Evangelischer Bundesverband erarbeitet.

Mitglieder der Projektgruppen waren:

Kerstin Lemanski-Kröz

Stephanus Wohnen und Pflege gGmbH, Berlin

Dr. Frank Naumann

Evangelisches Krankenhaus Woltersdorf

Birgit Schweisser

Gemeindepsychiatrisches Zentrum Stuttgart/Freiburg der Evangelischen Gesellschaft Stuttgart e. V.

Dr. Christiane Wähler

Augusta-Krankenanstalten Bochum

Ulf van der Wehl

Ambulantes Pflegezentrum Nord gemeinnützige GmbH, Flensburg

Dr. Anja Dieterich, Projektleitung

Diakonie Deutschland, Berlin

Dr. Tomas Steffens, Projektleitung

Diakonie Deutschland, Berlin

Zusätzlich gebührt ausdrücklicher Dank für hilfreiche Unterstützung, Diskussionen und Rückmeldungen, unter anderem im Rahmen eines Fachgesprächs während der Projektlaufzeit:

- Herrn Manfred Carrier, Diakonie Deutschland;
- Frau Prof. Dr. Josefine Heusinger und Frau Katrin Falk vom Institut für gerontologische Forschung e. V. (IGF);
- Herrn Dr. med. Norbert Lübke, Kompetenz-Centrum Geriatrie des MDK;
- Frau Claudia Ott, Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz;
- Diakonisse Irja Petermann, Qualitätsmanagement-beauftragte DSG, Albertinenstift;
- Frau Dr. Katharina Ratzke, Diakonie Deutschland;
- Herrn Hartmut Reiners, ehem. Referatsleiter im brandenburgischen Gesundheitsministerium;
- Frau Cathleen Schlüter, Deutscher Ev. Verband für Altenarbeit und Pflege;
- Helga Schneider-Schelke, Deutsche Alzheimer Gesellschaft e. V.;
- Frau Gisela Seidel, Pflegestützpunkt Friedrichshain-Kreuzberg;
- Herrn Prof. Dr. Michael Seidel, ehem. Ärztlicher Direktor, Bethel.regional, v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel

Notizen

Notizen

Auszug Diakonie Texte 2014/2015/2016

- 07.2016 HILFE! Zwischen den Stühlen – Junge Menschen mit psychischen- oder Suchterkrankungen ohne Wohnung
Analysen, Forderungen und Empfehlungen.
- 06.2016 Pflegestatistik zum 15. 12. 2013
- 05.2016 Kirche und Diakonie in der Nachbarschaft – Neue Allianzen im ländlichen Raum
- 04.2016 Soziales Unternehmertum und aktuelle Tendenzen am Sozialmarkt – Ein Diskussionspapier für die Diakonie in Deutschland
- 03.2016 Verlässlicher Ganztag – Ein Plädoyer für ganzheitliche Bildung und Erziehung
- 02.2016 Medizinische Rehabilitation von chronisch psychisch erkrankten Menschen – Diakonische Positionen zur medizinisch-rehabilitativen Weiterentwicklung der Gemeindepsychiatrie
- 01.2016 Junge Menschen (18 bis 27 Jahre) zwischen den Hilfesystemen – psychisch krank, suchtkrank, wohnungslos
Vorschläge zu einer umfassenden Unterstützung, Begleitung und Behandlung
- 06.2015 Einrichtungssstatistik – Regional zum 1. Januar 2014 05.2015 Zehn Jahre Hartz IV – zehn Thesen der Diakonie
Menschenwürde und soziale Teilhabe in der Grundsicherung verwirklichen
- 04.2015 Einrichtungssstatistik zum 1. Januar 2014
- 03.2015 Strategie im Vergabeverfahren
Handreichung für Diakonische Träger
- 02.2015 Gerechte Teilhabe durch Arbeit
- 01.2015 Diakonische Positionen zu einem Präventionsgesetz
- 11.2014 Arbeitsmigration und Pflege – Strategiepapier und Handreichung für Einrichtungsträger
- 10.2014 Wie sehen Sie sich selbst? Die Akteure für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Diakonie
- 09.2014 Fragen und Antworten zu den rechtlichen Handlungsspielräumen der Schuldnerberatung
- 08.2014 Finanzierung palliativ kompetenter Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen
- 07.2014 Positionen zur Aufnahme, Wohnraumversorgung und Unterbringung von Flüchtlingen

Liebe Leserinnen und Leser,

wir hoffen, dass wir Ihnen mit der vorliegenden Ausgabe des Diakonie Textes Informationen und inhaltliche Anregungen geben können. Wir sind an Rückmeldungen interessiert, um unsere Arbeit zu optimieren. Wir freuen uns deshalb, wenn Sie uns

1. Kommentare und Anregungen zum Inhalt des Textes zukommen lassen,
2. informieren, welchen Nutzen Sie durch diesen Text für Ihre Arbeit erfahren haben und
3. mitteilen, wie Sie auf die vorliegende Ausgabe der Diakonie Texte aufmerksam geworden sind und ob oder wie Sie diese weitergeben werden.

Ihre Rückmeldungen senden Sie bitte an die verantwortliche Projektleitung (siehe Impressum unter Kontakt).

Herzlichen Dank!
Diakonie Deutschland

Impressum

Die Texte, die wir in der Publikationsreihe Diakonie Texte veröffentlichen, sind im Internet frei zugänglich. Sie können dort zu nicht-kommerziellen Zwecken heruntergeladen und vielfältig werden. Diakonie Texte finden Sie unter www.diakonie.de/Texte. Im Vorspann der jeweiligen Ausgabe im Internet finden Sie Informationen, zu welchem Preis Diakonie Texte gedruckt beim Zentralen Vertrieb bestellt werden können.

Bestellungen:
Zentraler Vertrieb des Evangelischen Werkes für Diakonie und Entwicklung e.V.
Karlsruher Straße 11
70771 Leinfelden-Echterdingen
Telefon: +49 711 21 59-777
Telefax: +49 711 797 75 02
Vertrieb@diakonie.de

Benutzer des Diakonie Wissensportals können über die Portalsuche nicht nur nach Stichworten in den Textdateien recherchieren, sondern auch auf weitere verwandte Informationen und Veröffentlichungen aus der gesamten Diakonie zugreifen. Voraussetzung ist die Freischaltung nach der Registrierung auf www.diakonie-wissen.de

www.diakonie.de

Diakonie Deutschland –
Evangelischer Bundesverband
Evangelisches Werk für
Diakonie und Entwicklung e.V.
Caroline-Michaelis-Straße 1
10115 Berlin

Verantwortlich für die Reihe:
Andreas Wagner
Zentrum Kommunikation
Telefon: +49 30 652 11-1779
redaktion@diakonie.de
www.diakonie.de

Kontakt:
Dr. Anja Dieterich
Grundsatzfragen der gesundheitlichen Versorgung,
Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege
Telefon: +49 30 652 11-1664
anja.dieterich@diakonie.de

Dr. Tomas Steffens
Medizinische Rehabilitation,
Prävention und Selbsthilfe,
Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege
Telefon: +49 30 652 11-1665
tomas.steffens@diakonie.de

Layout: A. Stiefel

Druck: Zentraler Vertrieb des Evangelischen Werkes für Diakonie und Entwicklung e.V.
Karlsruher Straße 11
70771 Leinfelden-Echterdingen

© Januar 2017 – 1. Auflage
ISBN-Nr. 978-3-946840-02-2
Art.-Nr. 613003017

**Diakonie Deutschland –
Evangelischer Bundesverband
Evangelisches Werk für Diakonie und
Entwicklung e.V.**

Caroline-Michaelis-Straße 1

10115 Berlin

Telefon: +49 30 652 11–0

Telefax: +49 30 652 11–3333

diakonie@diakonie.de

www.diakonie.de