## Demographische Herausforderung – *Mehr vom Gleichen reicht nicht ...*Abb. 0

#### Heinrich Kunze

### Demographie und psychisch kranke alte Menschen

Die Auseinandersetzung mit dem Altern und den sich oft daraus ergebenden Problemen macht vielen Menschen Angst. So haben rund zwei Drittel der Deutschen Angst, an der Alzheimer-Krankheit zu erkranken.

Die Angst führt bei den Meisten zu Verdrängung und Wegschauen, sodass eine an wissenschaftlichen Fakten orientierte Auseinandersetzung insbesondere mit den psychischen Krankheiten des Alters bislang kaum stattfindet. Dadurch werden zum einen die Chancen, die schon heute eine umfassende Diagnostik, Therapie, Pflege und Betreuung bieten, in unserem Land nur unzureichend genutzt. Zum Anderen wird die Entwicklung und Umsetzung dringend notwendiger Veränderungen in unseren sozialen Sicherungssystemen verzögert.

Will man diese Situation nachhaltig ändern, gilt es zu akzeptieren, dass im Jahr 2050 : **Abb. 1** jeder Dritte Deutsche älter als 60 sein wird,

die Hälfte der Bevölkerung älter als 48 Jahre sein wird,

es rund 7 Millionen weniger Menschen in Deutschland geben wird.

Das heißt: Insgesamt müssen immer weniger Menschen mehr chronisch kranke alte Menschen versorgen. Das ist die demographische Herausforderung.

Das Beispiel der Häufigkeit von an Demenz Erkrankten soll dies verdeutlichen.

Die Häufigkeit von Demenzen nimmt mit steigendem Lebensalter zu:

Abb. 2

60jährige ca. 1%

70jährige ca. 5%

80jährige ca. 20%

90jährige ca. 30%

Heute leiden in Deutschland etwa 1,4 Millionen Menschen an einer Demenz – und mit ihnen ihre Familien. 2050 wird sich die Zahl verdoppelt, wenn nicht verdreifacht haben.

Demenzen sind, neben den Erkrankungen des Bewegungsapparates, die teuerste Krankheit im Gesundheitssystem. Zum individuellen Krankheitsrisiko kommt eine gesellschaftliches Risiko: Wegen des hohen und langen Pflegeaufwands sind unsere solidarisch finanzierten sozialen Sicherungssysteme stark belastet.

Eine weitere Differenzierung zum Thema Demographie kann ich mir bei dem hier versammelten informierten Publikum sparen. Ich weise auf die zahlreichen Quellen hin z. B. die Altenberichte der Bundesregierung bis hin zu den beiden Expertiesen der Deutschen Bank im Internet. (Für die DB-Expertiesen erhielt ich den Tip von Herrn Hoffmann: <a href="https://www.dbresearch.de">www.dbresearch.de</a> - Deutsche Bank Research > Immobilien > Sonderstudien > Gesamtliste > Nr. 117 04.102005 // sowie > Deutsche Bank Research > aktuelle Themen > 30. März 2009 > Deutsche Pflegeversicherung)

Mit "mehr vom Gleichen, das nicht reicht", meine ich nicht nur die traditionellen Angebote

der ambulanten und stationären Altenhilfe, sondern auch die gesellschaftlichen und politischen Strukturen, die *das Gleiche* hervorbringen.

Zuhörer, die in der praktischen Arbeit stehen - sei es berufsmäßig oder als Angehörige -könnten denken, "was geht mich das an? Das ist ja alles ganz weit weg von mir, das hilft mir hier und heute nicht konkret."

Aber ich möchte dazu beitragen, dass Sie manche ihrer Erfahrungen besser verstehen, über die sie sich vielleicht schon gewundert oder geärgert haben, und Sie anregen, sich andere Möglichkeiten vorzustellen, die über das IST hinaus gehen, das als einzige Möglichkeit *erscheint*. Und dann gibt es ja im Saal auch Teilnehmer, die zur Weiterwicklung des Systems aktiv in Ihrer beruflichen Funktion beitragen können – und Alle hier im Saal sind Bürger der Zivilgesellschaft und Wählerinnen.

#### 1. Am Anfang steht ein Perspektivwechsel

Die Aktion Psychisch Kranke (APK) stellt die betroffene Person und ihre Angehörigen in den Mittelpunkt. Aus diesem Blickwinkel beschreibt unser Konzept die notwendigen Hilfen und ihr Zusammenwirken.

Daraus werden Lösungsansätze und Handlungsempfehlungen entwickelt, deren Umsetzung aus Sicht der Aktion Psychisch Kranke einen Gewinn für alle bringen kann.

Unser Konzept geht eben nicht von den gewachsenen Finanzierungszuständigkeiten, und Einrichtungskonzepten, von Verwaltungs- und Berufsgruppenzuständigkeiten aus, um diesen die Bedürfnisse und den Bedarf der Menschen anzupassen, sondern umgekehrt: das Ziel ist, das Versorgungssystem und seine Finanzierung an den Bedürfnissen und dem Bedarf der Menschen auszurichten. In Abb. 3 zeigt der Pfeil: Die Erfordernisse der Arbeit mit den Patienten sollen die Organisation der Einrichtungen steuern, und deren Erfordernisse die Finanzierung usw. – statt wie umgekehrt in der jetzigen Realität.

Abb. 3

Es geht um den Perspektivwechsel von der Angebotsorientierung – entsprechend Finanzierung, Konzepten, Trägern - zur Orientierung am Bedarf der Menschen in Wohngebieten und Regionen.

Die Aktion Psychisch Kranke (APK) wurde 1971 als Verein gegründet, um mit politischen Mitteln die Reform der psychiatrischen Versorgung voran zu treiben. Mitglieder sind an dieser Zielsetzung interessierte Fachleute aus psychiatrischen Einrichtungen und Wohlfahrtsverbänden, Verwaltungen von Kostenträgern, Kommunen, Ministerien – und MdBs des Bundestages. Jede Fraktion benennt ein Mitglied für den Vorstand der APK, die damit eine "Scharnierfunktion" zwischen Bundespolitik und psychiatrischer Versorgung hat. Die APK vertritt primär die Interessen der schwerer psychisch kranken Menschen, die krankheitsbedingt dies für sich selber nur unzureichend können, und arbeitet eng zusammen mit den Verbänden der Angehörigen und der Psychiatrieerfahrenen, mit Fachgesellschaften und weiteren Verbänden. Sie unterscheidet sich aber von anderen "Lobby-Verbänden", die die Interessen von Berufsgruppen, Einrichtungstypen, Kostenträgern, Industriezweigen usw. vertreten.

#### 2. Das Versorgungsziel: Selbstbestimmtes Leben bis zum Lebensende

Die meisten alten Menschen wollen so lange es geht in ihrem eigenen Wohnumfeld bleiben. (Hinweis auf Umfrage von Herrn Klie in Kassel) Das gilt auch für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz. Es geht darum, auch ihnen – wie

anderen alten und behinderten Menschen - zu ermöglichen, mit den notwendigen abgestimmten Hilfen in ihrem vertrauten Wohngebiet bis zum Lebensende bleiben zu können.

Viele Menschen sehen aber keine andere Wahl als notgedrungen in ein Heim zu gehen, weil andere Problemlösungen nicht erreichbar sind oder nur mit außergewöhnlichem persönlichem Einsatz z. B. der Angehörigen organisiert werden können.

Viele Menschen verlässt der Lebensmut, wenn sie fremdbestimmt in einer Institution leben müssen, oft entfernt von ihrem bisherigen sozialen Umfeld (Wohngebiet, Quartier).

Entsprechend dem Versorgungsziel gibt es aber schon viele Beispiele gelebter Praxis an verschiedenen Orten, siehe:

- Kapitel 3.6: Gute Praxisbeispiele, in:

AKTION PSYCHISCH KRANKE (Hg.) Psychisch kranke alte und demente Menschen – Organisation und Finanzierung von personenzentrieten Hilfen. Psychiatrieverlag, Bonn 2009

- APK Tagungsband 33 mit guten Praxisbeispielen :,,Unsere Zukunft gestalten Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz" Psychiatrie-Verlag, Bonn 2007
- Vortrag morgen: K. Dörner: "Leben und sterben wo ich hingehöre Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem". Das Buch berichtet über viele gute Beispiele aus ganz Deutschland. Es geht um die Bürger-Wiederbelebung des dritten Sozialraums Nachbarschaft, um den Perspektivwechsel von der Profi- zur bürgerzentrierten Sicht.

Die Rahmenbedingungen insbesondere die Anreize durch die Finanzierung müssen so verändert werden, dass die weitere Verbreitung der guten Praxis nicht nur von Persönlichkeiten abhängt, die stark genug sind, auch "gegen den Strom zu schwimmen".

## 3. Der Hilfe-Mix – das individuelle integrierte Hilfesystem. Abb. 4

In diesem Abschnitt geht es um die *Entwicklung und Gewährleistung* eines geeigneten Hilfesystems entsprechend dem zuvor formulierten Versorgungsziel. – Nähere Ausführungen zur Ebene einer erkrankten Person finden Sie z. B. in U. Krüger: "Die Person in ihrem Lebensfeld: Koordination und Integration der Hilfen" (In: Aktion Psychisch Kranke (Hg.) Psychisch Kranke alte und demente Menschen – Organisation und Finanzierung von personenzentrieten Hilfen S. 26-34. Psychiatrie-Verlag, Bonn 20009)

Für unsere APK Konzeption haben wir viel von Herrn Klie gelernt. Deshalb kann ich nach seinem Vortrag mich hier kurz fassen.

#### Besondere Bedeutung haben:

Abb, 5

#### o Ehrenamtliche/Bürgerschaftliche Helfer

Sie können psychisch beeinträchtige Menschen mit Pflegebedarf bei ihren Alltagsaktivitäten zu Hause oder in einer Tagespflege oder einem Heim begleiten. Sie werden dabei angeleitet, die Bedürfnisse der beinträchtigten Person zu verstehen und die vebliebenen Fähigkeiten zu fördern und zu unterstützen, hier besonders von Menschen mit psychischen Erkrankungen einschließlich Demenz. – Das wird auch morgen bei Herrn Dörner ein zentraler Punkt sein. -

Sie sind jedoch nicht dazu da, Aufgaben zu übernehmen, die professionelle Qualifikation erfordern. Und Sie sind nicht umsonst zu haben: Aufwandsentschädigung für die Helfer und die Finanzierung der systematischen Organisation sind notwendig. Z. B. Einführung, Beratung, Schulung und Anleitung für Helfer und Betroffene, die individualisierte

Pflegearrangements in eigener Häuslichkeit und im Heim realisieren. Wer übernimmt die Verantwortung für die Organisation? Pflegekassen/Kommunen in Verbindung mit Trägern der Dienstleistungen, gemeinsam im Rahmen der *Pflegestützpunkte* (§92c SGB XI)? – Bisher gleicht die Förderung der ehrenamtlich/bürgerschaftlich Engagierten eher einem "Flickenteppich" von Projekt-Initiativen.

#### o Assessment/Casemangement zur Stärkung der Nutzer

Im Gesetz steht "Pflegeberatung" § 7a SGB XI: " ...individuellen Versorgungsplan mit den im Einzelfall erforderlichen Sozialleistungen und gesundheitsfördernden, präventiven, kurativen, rehabilitativen oder sonstigen medizinischen sowie pflegerischen und sozialen Hilfen...", also eine Leistungsträger- und Leistungserbringer übergreifende Aufgabe, einschließlich ehrenamtliche/bürgerschaftliche Helfer. – Das wird zur wichtigsten professionellen Kompetenz für diesen Bereich werden (vgl. Vortrag von Herrn Klie).

Die Formulierungen im PflWG zeigen die Spuren der politischen Kompromissbildung, aber sie verbieten ja nicht eine Praxis, die positiv darüber hinausgeht. Zentrale Bedeutung hat die Nutzer-/Bürger-orientierte Entwicklung der Pflegestützpunkte (Care-Management auch im Sinne von Organisation der für die Bewohner im Wohngebiert notendigen Komponeneten des Hilfe-Mixes).

Das Spektrum der praktischen Umsetzung der "Pflegeberatung" reicht von der Zugangsberatung nach Kassenarten segmentiert, bis zur Nutzer orientierten längerfristigen Pflege*begleitung* bei Veränderungen der Hilfebedarfe.

Für Pflegestützpunkte und Pflegebegleitung gilt: nicht alles selber machen, aber solange bis andere die Aufgabe verantwortlich übernehmen.

Für die organisatorische Realisierung des Hilfemixes sind weitere wichtige Voraussetzungen:

- O Die Integration von ambulanten und stationären Hilfen zu einem Altenhilfe-Zentrum oder -Netzwerk im Wohngebiet: Die Zentren oder Netzwerke können wie aus einer Hand flexibel und durchlässig die im Einzelfall ggf. notwendigen Hilfen realisieren, und sie orientieren ihre Angebote am Bedarf im städtischen Quartier oder in überschaubarer ländlicher Region. Sie beziehen Selbsthilfe, ehrenamtliche Helfer, bezahlte Hilfskräfte und neue Berufsgruppen ein. – SGB XI kennt aber nur ambulante oder stationäre Einrichtungen.
- Vernetzung mit dem regionalen Medizinischen und sozialen Versorgungssystem, insbesondere Gerontopsychiatrie und Geriatrie.

Die konkrete Utopie erfordert die Bereitstellung des Hilfe-Mixes – kurz gefaßt: Wenn ein Dienstleistungs-Zentrum oder -Netzwerk in einem Wohngebiet praktisch integriert ist, wenn Besucher und Besuchsdienste willkommen sind, wenn Kultur- und Aktivitäts-Angebote des Zentrums/Netzwerks auch von anderen (alten) Menschen, die im Wohngebiet leben, in Anspruch genommen werden und Heimbewohner an Aktivitäten außerhalb des Heims teilnehmen (z. B. kirchliche Veranstaltungen) – kurz wenn die Grenzen der Institutionen in beiden Richtungen durchlässig sind und die Bewohner des Wohngebietes an dem Leben der Bewohner "unseres Zentrums/Netzwerks" Anteil nehmen, dann trägt das für Menschen mit schweren psychischen Beeinträchtigungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft bei, und hat außerdem eine wichtige präventive Wirkung gegen die Gefahr von Versorgungsmißständen.

Auch die Attraktivität der Institutionen, die Entstigmatisierung und die Normalisierung, also Tabu-Abbau werden gefördert. Und dazu würde außerdem beitragen, wenn die gebündelten

Dienstleistungen für die Zielgruppe der alten Menschen unter einem Dach als Teil eines Dienstleistungszentrums auch für andere Zielgruppen angesiedelt werden.

Diese Organisation und Finanzierung der Hilfen ist bedarfgemäßer und insgesamt kostengünstiger (effizienter) als die bisher segregierten ambulanten und stationären Einrichtungen.

Gestärkte Nutzer wählen nach Qualität und Preis unter verschiedenen Angeboten und erzeugen so den Schub für die Umorientierung der Leistungserbringer und der Leistungsträger.

Der jetzige, oft bürokratisch ausgestaltete Aufwand für Qualitätssicherung könnte redziert werden, wenn dem *Wächteramt einer kritischen Bürgerschaft* eine größere Bedeutung zukäme, gelebt in verschiedensten gesellschaftlichen Organisationen – von Angehörigenverbänden über Kirchengemeinden bis zu Nicht-Regierungsorganisationen (NGOs).

Dienstleistungsbetriebe sind auch aus ökonomischen Gründen auf ihren guten Ruf in der Öffentlichkeit und insbesondere bei ihren "Kunden" bedacht: "Die Marke als Versprechen". – Für Dienstleister der Altenhilfe muss der gute Ruf bei gut informierten Nutzern eine entscheidende Grundlage für den wirtschaftlichen Erfolg sein.

Aber Achtung – Gefahr des Mißbrauchs: Die Patienten-Orientierung pervertiert, wenn sie primär betriebswirtschaftlich als "Wertschöpfungskette" und zur "Kundenbindung" im institutionellen Eigeninteresse mißbraucht wird.

# 4. Die aktuelle Versorgungsproblematik – Fragmentierung der Verantwortung

Wenn komplexe Hilfeleistungen notwendig werden, dann sind sie in der Regel – Ausnahmen siehe die guten Praxisbeispiele - nur stationär erreichbar, während Hilfesuchende im ambulanten Bereich sich einem Labyrinth von zahlreichen unterschiedlichen Diensten konfrontiert sehen: Nach Maßnahmen spezialisierte Einrichtungen und Träger. Die ambulant erreichbaren Hilfen sind unzureichend,

- weil wichtige Komponenten fehlen
- weil die separaten Hilfen nicht auf den individuellen Bedarf hin abgestimmt und koordiniert sind.

Die vorhandenen Rahmenbedingungen verbinden mit der Versorgung in Heimen Vorteile gegenüber ambulanten Hilfen z. B. in der Bewertung der Pflegestufen (s. u.). Die Versorgung im Heim ist in der Regel die kostenintensivste Hilfemöglichkeit.

Die Förderung und Weiterentwicklung von individuellen Hilfeangeboten für Menschen, die in ihrer eigener Wohnung leben, stellt eine gute Chance dar, den Betroffenen und ihren Angehörigen ein selbst bestimmtes Leben im gewohnten sozialen Umfeld zu ermöglichen und die zu erwartende Entwicklung auch unter Kostenaspekten besser in den Griff zu bekommen.

Damit ist die Patienten-bezogene Organisation der Versorgungsprozesse im Interesse der Patienten und sie ist außerdem eine ökonomische Notwendigkeit.

Beispiele aus dem Alltag für Maßnahme- aber nicht Patienten-orientierte Steuerung:

 Ein demenzkranker Mann ist in eine Tagestätte gut integriert. Als seine Frau chronisch erkrankt und ihn nicht mehr zu Hause versorgen kann, schlagen die Therapeuten der Tagesstätte den Einzug in eine Demenz-Wohngemeinschaft eines anderen Trägers in enger Nachbarschaft zur Tagesstätte vor. Das hätte den Vorteil, dass dem Patienten die Tagesstruktur mit vertrauten Personen, Aktivitäten, Räumen erhalten bleibt. Aus Finanzierunggründen mußte der Patient aber das Gesamtpaket einer vollstationäre Versorgung in Anspruch nehmen, auch mit neuer Tagestruktur.

- O Ein Einrichtungsträger ist zugelassen für verschiedene Maßnahme-Bausteine. Die Pflegekassen und der MDK prüfen die Einhaltung der zugelassenen Belegung der entsprechenden Plätze, aber nicht, welchen Sinn das für die versorgten Personen macht, den individuellen Bedarf der Patienten dem vohandenen Kontingent von Maßnahme-Plätzen anzupassen. Der Einrichtungsträger muß die Platzkapazitäten nach Maßnahmearten aus wirtschaftlichen Gründen auslasten. Sollte er auf die Idee kommen, die *vorhandenen Ressourcen* flexibler dem individuellen Bedarf der Patienten anzupassen, handelt er sich ggf. wirtschaftliche Nachteile ein. (Beispiel 1 & 2 von Herrn Eberhardt, Kassel)
- Steuerung durch Maßnahme orientierte betriebswirtschaftliche Interessen: Eine ältere Frau mit Unterstützungsbedarf kam in ihrer vertrauten Umgebung mit ambulanten Hilfen noch zurecht. Nach Sturz und Oberschenkelhalsbruch-OP besteht nach Ende der DRG-Behandlungszeit im Krankenhaus noch erheblicher Unterstützungsbedarf. Das Entlassmanagment der Klinik sucht nach einer Zuständigkeit vom Tag der Entlassung an. Dem aktuellen Versorgungsbedarf Bedarf entspricht ein Platz in einer Kurzzeitpflege eines Trägers, der diese als Warteschleife auf einen nächsten frei werdenden Heimplatz nutzt. (Von Frau Trilling, Kassel)

Personen-orientiertes professionelles Handeln muss gegen diese durch Maßnahmen orientierte betriebswirtschaftliche Interessen anarbeiten.

Die konstruktiven ökonomischen Anreize für Personen-orientiertes Handeln fehlen im bisherigen Finanzierungssystem.

Denn diese Perspektive kommt bei Leistungsträgern noch kaum in den Blick, solange sie sich nach Maßnahme-Arten organisieren. Für die Wirkung von verschiedenen Maßnahmen (im Querschnitt und im Längsschnitt) und deren Kosten - Effizienz bezogen auf Personen - sind die Kostenträger bisher blind, denn dafür gibt es keine organisierte Verantwortung, keine Daten und keine Forschung.

Abb. 6

Nur die *Berufsgenossenschaften* blicken auf eine lange und erfolgreiche Praxis in der Arbeitswelt zurück: einer Patienten-bezogenen Verantwortung unterstehen Behandlung, Rehabilitation und Pflege, so dass die Behandlung, die Bedarf an Rehabilitation und Pflege mindert, sowie die Rehabilitation, die Behandlungsbedarf und Pflege mindert, und sogar die Prävention von berufbedingten Krankheiten (z. B. Asbest) und Unfällen auch ökonomisch sinnvoll sind, **statt in jedem Maßnahme-Bereich zu sparen, koste es was es wolle anders wo.** 

Abb. 7

Aber zur Zeit findet zielgerichtete ökonomische Steuerung nicht statt. Leistung folgt dem Geld, aber folgt das Geld der richtigen Leistung?

Verantwortung ist institutionalisiert für Maßnahmebereiche, entsprechend:

- sparen Leistungsträger Maßnahme-bezogen
- expandieren Leistungserbringer Maßnahme-bezogen.

Das Versorgungssystem wird angetrieben von den nach Maßnahmen strukturierten Partikularinteressen der konkurrierenden Leistungsträger und Leistungserbringer.

Wir sind mit zum Teil chaotischen Entwicklungen konfrontiert wegen der Egoismen unterschiedlicher Akteure, die ihr Handeln überwiegend an ihren betriebswirtschaftlichen

#### Partikularinteressen orientieren, die sich nach Maßnahmen ausrichten.

Abb. 8

Patienten-orientierte Normen und Ziele in Gesetzen wirken nicht, wenn die starke betriebswirtschaftliche Steuerung des Handelns auf allen Ebenen im System der sozialen Sicherung auf Verantwortungsbereiche nach der Maβnahme-Logik gerichtet bleibt.

#### Nutzer-Orientierung muss betriebswirtschaftlich lohnend werden!

Wenn betriebswirtschaftlich orientiertes Handeln zu nicht gewollten Ergebnissen führt, so ist der Vorwurf nicht an die zu richten, die sich an den vorgegebenen Rahmenbedingungen orientieren.

#### Was stabilisiert diese Maßnahme-orientierten Logik?

Abb. 9

Abb. 9 zeigt die Maßnahme-bezogene Differenzierung der Verantwortung auf den Ebenen (horizontal) von den Tätigkeitsfeldern der Therapeuten bis zur hohen Politik. Auf jeder Ebene gibt es sehr differenzierte Zuständigkeiten nach Maßnahmen. Aber die Maßnahme-übergreifende Zuständigkeit für Personen (vertikal) fehlt oder ist nur in Ansätzen erkennbar. In unserem gegliederten System gibt es fast nur Zuständigkeiten nach Leistungsträgern und Institutionstypen, die ihre Hilfeangebote und ihr betriebswirtschaftliches Interesse von daher ableiten – sofern die professionelle Haltung nicht entgegen den betriebswirtschaflichen Anreizen zum Handeln vom Patienten her führt, vgl. Hinweis auf Praxisbeispiele oben. Ambulante Hilfen zum Weiterleben in der eigenen Häuslichkeit oder ähnlichen Wohnformen bieten nur separate Dienste. Komplexe Hilfen - "aus einer Hand" – sind bisher allenfalls in Institutionen - Heim oder Krankenhaus – möglich. Diese werden allein schon deshalb in Anspruch genommen, weil die Auswahl und Organisation von bis zu acht separaten und nicht koordinierten ambulanten Diensten die erkrankte Person und ihre Angehörigen in der Regel überfordert.

Die zentrale Leistung personenbezogener Gesamtverantwortung: Für die Integration der separaten Leistungen und ihre Ausrichtung auf die individuelle Bedarfslage des einzelnen Menschen gab es keine professionelle Zuständigkeit und keine Finanzierung. Deshalb kommt der Weiterentwicklung der "Pflegeberatung" (§ 7a SGB XI) zentrale Bedeutung zu: Aufgaben, Qualifizierung und Finanzierung. Das kann jetzt besser werden mit den Pflegestützpunkten (§ 92c).

**Abb. 10** 

Die Verantwortung für Personen/Personengruppen integriert die Maßnahmen-Verantwortung, auch Leistungsträger-übergreifend (Matrix-Struktur). Controlling muß auch Personen- und nicht nur Maßnahme-bezogen ansetzen.

# Insitutionalisiert werden muß die Verantwortung für die gleichzeitig und nacheinander in Anspruch genommenen Maßnahmen durch die Person/die Personengruppen in Bezug auf

- o die Wirkung
- o die Kosten
- o die *Effizienz* = Kosten/Nutzen Verhältnis für die einzelne Person/die Personengruppe

## Reform des SGB XI mit der Einführung der neuen §§ 14 & 15 Abb. 13 - 15 Beispiele zum Matrix-Konzept: Der Personenbezug integriert die Maßnahmen

Abb. 16 & 17

**PERSON:** Stärkung der Nutzer durch

Assessment/Case-Managment (integrierte, kontinuierliche Hilfeplanung) "Pflegeberatung" § 7a SGB XI

#### WOHNGEBIET/QUARTIER: "Pflegestützpunkt" § 92c (XI)

Hilfs-/Unterstützungsangebote koordinieren und vernetzen: Hilfe-Mix verfügbar machen, einschließlich der langfristigen personenbezogenen Gesamtverantwortung

#### **EINRICHTUNGSKONZEPT:** Altenhilfe-Zentrum/-Netzwerk als Teil eines

Dienstleistungszentrums im Wohngebiet

- ambulante und stationäre Pflege aus einer Hand,
- vernetzt mit Ehrenamt-/Bürger-Hilfe
- Kooperation mit Haus- und Fachärzten, somatischen Kliniken/Geriatrie & Gerontopsychiatrie

**STADT/KREIS/REGION:** Gemeinsame Zielplanung von Kommune/Sozialhilfe, Pflege- und Krankenkasse, für die Verfügbarkeit des Hilfe-Mixes in den Wohngebieten

GESETZGEBUBG: Gesetzliche Änderungen in einem Zuständigkeitsbereich haben die Folgewirkungen in anderen Bereichen zu berücksichtigen. Im Leistungs- und Leistungserbringerrecht die Grundidee der "Integrierten Versorgung" regelhaft einzuführen: Verantwortung für Personen/Personengruppen integriert die Maßnahmen-Verantwortung, auch Leistungsträger-übergreifend.

#### 6. Steuerung als politische Herausforderung

Wettbewerbs- und Berufsfreiheit haben die traditionelle Angebotsplanung durch die Kommunen und Länder abgelöst.

Die Politik hat entschieden, dass sie ein Versorgungssystem will,

- das die Wünsche und Bedürfnisse der betroffenen Menschen in den Mittelpunkt stellt.
- das die Hilfen effizient erbringt im Interesse der Betroffenen, der Beitrags- und Steuerzahler,
- und das die Belastungen und Kosten der von Krankheit und der nicht davon Betroffen zu einem gerechten Ausgleich bringt.

Aber dann darf sie das Versorgungssystem nicht den Partikularinteressen von konkurrierenden Leistungsträgern und Leistungserbringern überlassen.

Abb.18 & 19

Die Politik – von der Bundespolitik bis zur kommunalen Ebene – muss die konkreten Versorgungsziele entscheiden und die Rahmenbedingungen inkl. Finanzierung so gestalten, dass die unterschiedlichen Akteure die politisch gesetzten Ziele verfolgen, auch wenn sie sich an diesen Rahmenbedingungen und den ökonomischen Anreizen orientieren.

(Siehe die Sensibilität der Deutsche Bank Research für die Rahmenbedingungen ökonomisch motivierter Entscheidungen: **Abb. 14 Rendite-Risiko**, <u>www.dbresearch.de</u> s. o.)

Deutsche Bank Research (30.03.2009) fasst ihre Analyse zur Pflegeversicherung zusammen: "Eine Reform der Pflegeversicherung ist daher dringend geboten. … Institutionelle und gesellschaftliche Veränderungen könnten allerdings dazu beitragen, dass die Kostensteigerungen gedämpfter ausfallen und die Qualität der Pflege aufrecht erhalten werden kann. Hier wären ein Wandel in der Struktur von Pflegeheimen, ein flexiblerer Pflege-Mix, eine bessere Vereinbarkeit von Pflege und Beruf, die Einführung eines Pflegebudgets und ein verstärktes bürgerschaftliches Engagement in der Pflege, quasi als dritte Säule neben Staat und Markt, zu nennen."

Zur Vorbereitung der politischen Entscheidungen über die Versorgungsziele sind identifikationsfähige Leit- und Zukunftsvorstellungen zu entwickeln, mit denen sich die verschiedenen Akteure identifizieren können. Einzubeziehen sind Betroffenen-/Angehörigenverbände, Parteien, Kirchen, Wohlfahrtsverbände, wissenschaftliche Fachgesellschaften, Berufsgruppen, Gewerkschaften, Kostenträger, Heimaufsicht, Kommunen, Länder, Bund, Medien...

**Abb. 20** wiederholt mit Abb. 3 als **Zusammenfassung die Frage:** Steuert der Bedarf der Patienten die Organisation der Einrichtungen, deren Finanzierung usw, oder steuert umgekehrt die Struktur der politischen Ebenen, die der Leistungsträger, der Finanzierung und der Einrichtungen den Bedarf der Menschen und die Hilfen, die sie bekommen?

## Allgemein formuliert: Folgt die Struktur der Funktion – oder die Funktion der Struktur?

Und wer steuert die Politik? Politiker können Ziele, die sie persönlich für richtig halten, nur dann umsetzen, wenn sie entsprechende Unterstützung aus der Bürgerschaft und den Verbänden, insbesondere von den Wählern erhalten. Deshalb ist die entscheidende Zukunftsfrage, ob die Betroffenen und ihre Angehörigen sowie die Bürgerschaft, die Kirchen, die freie Wohlfahrtspflege, Fachgesellschaften und andere mehr, die große gesellschaftliche und politische Herausforderung erkennen und die Politik an der Berücksichtigung dieser Sorgen und Bedürfnisse messen.

ZUM SCHLUSS "Bürgernahe Planung": Abb. 21