

# Wie kann sektorenübergreifende Versorgung gelingen?

Diakonie-Konzept zum Aufbau regionaler Verbände für alte Menschen

<b>Diakonie für ältere Menschen</b>	<b>Diakonische Vision und gesundheitspolitische Forderungen</b>

# Vorwort

Die Zahl alter und hochaltriger Menschen nimmt zu. Viele von ihnen haben mehrere Erkrankungen, sind pflegebedürftig oder behindert. Selbstverständlich wollen sie trotz funktioneller 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 berufsgruppenübergreifendes Handeln ist aber notwendig. Alte Menschen mit mehrfachen Erkrankungen gehören zu den Bevölkerungsgruppen, die darauf angewiesen sind, dass akutmedizinische, rehabilitative und weitere Leistungen gut aufeinander abgestimmt werden. Dies gilt insbesondere für Menschen, die alleine leben oder keine Angehörigen haben, die sie durch das komplexe Versorgungssystem navigieren können oder die finanziell nicht in der Lage sind, sich Hilfen einzukaufen.

Die Diakonie Deutschland hat Leitideen für eine sektorenübergreifende Versorgung und Grundzüge eines Strukturmodells für die Versorgung im Verbund entwickelt. Das Modell der Diakonie unterscheidet sich deutlich von anderen Entwürfen, denn es geht weit über die medizinische Versorgung hinaus und integriert sozialräumliche Angebote, Dienste und Einrichtungen, die soziale Teilhabe ermöglichen. Somit wird beispielhaft das grundlegende Ziel einer sektorenübergreifenden Versorgung für die Gruppe alter Menschen konkretisiert. Sollte dies in der Praxis gelingen, dürften auch andere Personengruppen mit komplexen Bedarfen profitieren. „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 forderte nicht die Abgrenzung von der fremden Außenwelt, sondern sich konsequent auf die Umwelt einzulassen – wohlwissend, dass das Wohlergehen einer Gemeinde untrennbar vom Wohlergehen ihrer Umwelt ist. Ähnliches gilt für die Gesundheitsversorgung. Aus christlicher Perspektive ist selbstverständlich, dass Menschen komplexe gesundheitliche Versorgung genauso wie gesellschaftliche Teilhabe benötigen, um gesund zu bleiben.

Bereits jetzt werden viele Elemente einer sektorenübergreifenden Praxis gelebt, an denen sich z. B. diakonische Krankenhäuser, Beratungsstellen und Pflegeeinrichtungen bzw. -dienste beteiligen. In der Versorgung alter Menschen, aber auch in anderen Handlungsfeldern, wie etwa der Gemeindepsychiatrie, sind Verbundmodelle bereits zu finden. In der Praxis werden aber auch die strukturellen Grenzen einer umfassend sektorenübergreifenden Versorgung deutlich. Vor diesem Erfahrungshintergrund formuliert die Diakonie neben „Kriterien guter Praxis“ pointierte gesundheitspolitische Forderungen, die die politische Verantwortung für eine gute Versorgung und das kooperative Handeln aller Akteure – statt wettbewerblicher Lösungen – in den Regionen herausstellen. Auch diese Überlegungen stellt die Diakonie der interessierten Öffentlichkeit zur Diskussion.



Maria Loheide  
Vorstand Sozialpolitik

# **Gesundheitspolitische Positionen der Diakonie**

- 1. Gemeinwesen-orientierte Kooperation statt Wettbewerb fördern**
- 2. Integrierte Versorgungsplanung und Sicherstellung der medizinischen Versorgung politisch verantworten**
- 3. Rechtsaufsicht neu ordnen**
- 4. Ein gemeinsames Budget und gleichwertige Vergütungsregeln für die ambulante und stationäre Krankenbehandlung schaffen**
- 5. Vergütung neu ausrichten**
- 6. Medizinische Rehabilitation für alte Menschen flexibel gestalten und zugänglich machen**
- 7. Prävention und Gesundheitsförderung konsequenter lebenslagenorientiert ausbauen**
- 8. Außerhäusliche Mobilität absichern**
- 9. Offene Altenhilfe als verpflichtende Aufgabe der Kommunen festlegen und finanzieren**
- 10. Gesundheitliche Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen sicherstellen**
- 11. Mehr Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe; Delegation und Substitution strukturell besser ermöglichen**
- 12. Zuzahlungen begrenzen**
- 13. Neue institutionelle Versorgungsformen in ländlichen Regionen fördern**
- 14. Die soziale Ökonomie fortentwickeln**

# Diakonische Leitideen sektorenübergreifender Versorgung

- **Selbstbestimmung und Teilhabe:** Der Verbund ermöglicht alten Menschen, ihren Alltag, insbesondere ihre sozialen Kontakte, soweit wie möglich aufrecht zu erhalten.
- **Personenzentrierung:** Gute Versorgung besteht darin, die individuelle Situation differenziert zu erfassen und passgenaue Lösungen zu finden.
- **Kontinuität:** Der Verbund verbessert insbesondere für diejenigen Menschen die Versorgung, die über wenig Ressourcen verfügen, sich selbst im System zurechtzufinden. Er stellt systemische Kontinuität sicher. Wo sinnvoll, ermöglicht er auch personelle Kontinuität, auch über Sektorengrenzen hinweg.
- **Ambulante Ausrichtung:** Die meisten alten Menschen leben zu Hause und werden dort versorgt. Der Schwerpunkt des Verbundausbaus liegt deshalb bei den wohnortnahen ambulanten Hilfestrukturen.
- **Beratung und Fallbegleitung:** Jeder Verbund verfügt über eine Beratungsinstanz mit umfassender Wegweiser-Kompetenz. Ihre Koordinierungsfunktion ist im Verbund akzeptiert.
- **Politische Verantwortung:** Der Aufbau eines Verbunds erfolgt politisch verantwortet durch die Länder, unter Beteiligung der Landkreise und Kommunen. Die Verantwortlichkeit der unterschiedlichen Selbstverwaltungsorgane ist nicht aufgehoben. Die Kostenträger sind verbindlich einbezogen.
- **Regionalbezug:** Alle lokalen Akteure in einer definierten Region übernehmen gemeinsam die Verantwortung für die Versorgung der alten Menschen vor Ort.
- **Populationsbezug:** Die lokalen Akteure übernehmen gemeinsam eine Versorgungsverpflichtung, dass kein alter Mensch in der Region trotz Bedarf unversorgt bleibt.
- **Trägerübergreifende Zusammenarbeit:** Im Verbund ist eine trägerübergreifende Zusammenarbeit sichergestellt.

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



Die **Kostenträger** sind am Verbundaufbau beteiligt

 Verbundpartner mit zusätzlichen **Koordinationsaufgaben**

 Verbundpartner mit **Versorgungsaufgaben**

**\* 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 \(Assessment und Einleitung\)](#)

# Eckpunkte für den Aufbau eines regionalen Verbundes

- Die politische Ebene bildet den Rahmen zum Aufbau des Verbundes. Hier werden die politisch-fachlichen Rahmenvorgaben des Landes in regional spezifizierter Form umgesetzt.
- Für die Koordinierung des Verbundaufbaus ist die Kommune/der Landkreis politisch verantwortlich. Die Umsetzung der Rahmenvorgaben für den Verbund erfolgt durch die Kostenträger und Leistungserbringer im Einvernehmen.
- Die politisch zuständige Stelle lädt alle Akteure vor Ort ein, die an der Versorgung alter Menschen beteiligt sind, sich am Verbundaufbau und seiner Ausrichtung zu beteiligen. Der Verbund beteiligt möglichst breit alle Dienste und Einrichtungen, die sich um alte Menschen kümmern.
- Die Verbundpartner wirken eng bei der fachlichen Entwicklung mit und garantieren die Umsetzung: Zuständigkeiten für die Versorgung sind abzustimmen, Versorgungspfade und Kommunikationsroutinen zu etablieren, ungedeckte Bedarfe zu analysieren, Versorgungslücken zu identifizieren, Lösungsvorschläge zu erarbeiten und an die Sozialplanung der Kommune zurückzugeben.
- Es gibt eine klare Aufgabenteilung zwischen Verbundpartnern, die Koordinierungsaufgaben übernehmen und Verbundpartnern, die ausschließlich spezifische Versorgungsaufgaben wahrnehmen.
- Die Koordinierung der Zusammenarbeit im Einzelfall, d. h. die Fallsteuerung und -begleitung liegt in der Hand von Hausärztinnen und Hausärzten, den Vertreterinnen und Vertretern geriatrischer Kompetenz und/oder einer ambulanter Beratungsstelle. Diese Akteure verständigen sich verbindlich und systematisch im Einzelfall darüber, wer die Fallbegleitung übernimmt. Sie haben die Aufgabe, ihre Arbeit fallbezogen zu verzahnen bzw. fachlich zusammenzuarbeiten.
- Fachliches Ziel des Verbundes ist es, dass in der Verbundregion jeder alte multimorbide Mensch – wenn er oder sie es möchte – einen gesicherten Zugang zu allen Hilfsangeboten des gesamten Verbundes erhält, egal über welchen Verbundpartner der Erstkontakt erfolgt. 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.

# Kriterien guter Praxis – Was kann in der Praxis getan werden?

Der Verbundaufbau braucht Zeit, Geld und veränderte rechtliche Rahmenbedingungen. Aber auch Träger und Einrichtungen können sich für sektorenübergreifende Versorgung engagieren. Die Diakonie schlägt folgende Kriterien guter Praxis vor:

- Die Einrichtung orientiert ihre Arbeitsweise am Ziel der größtmöglichen Selbstbestimmung und Teilhabe alter Menschen.
- Die Einrichtung versteht sich als Kooperationspartner in einem sektorenübergreifenden Versorgungsnetzwerk in der Region.
- Die Einrichtung versteht sich als Pionier einer besseren sektorenübergreifenden Versorgung.
- Die Einrichtung durchleuchtet die eigenen Schnittstellen selbstkritisch im Hinblick auf Entwicklungspotenziale.
- Die Einrichtung betreibt Organisationsentwicklung zur Förderung einer kontinuierlichen Begleitung von alten Menschen.
- Die Einrichtung richtet ihr Entlassungsmanagement auf die umgebenden Kooperationspartner aus.
- Die Einrichtung berücksichtigt die Betroffenenperspektive und beteiligt alte Menschen systematisch.
- Die Einrichtung ist der Verminderung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit in der Bevölkerung verpflichtet.
- Der Träger versteht sich auch als sozialpolitischer Akteur.

## Weiterführende Informationen

In einer umfangreicheren Veröffentlichung (Diakonie-Text 01.2017) sind die Positionen der Diakonie Deutschland ausführlich hier nachzulesen:

<https://info.diakonie.de/presse/pressemitteilungen/pm/012017-sektorenebergreifende-versorgung-fuer-multimorbide-alte-menschen/>

## **Kontakt und Information**

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

Grundsatzfragen der gesundheitlichen Versorgung  
Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege  
Dr. Anja Dieterich  
Telefon +49 30 652 11-1664  
Telefax +49 30 652 11-3664  
anja.dieterich@diakonie.de

Medizinische Rehabilitation, Prävention und Selbsthilfe  
Zentrum Gesundheit, Rehabilitation und Pflege  
Dr. Tomas Steffens  
Telefon +49 30 652 11-1665  
Telefax +49 30 652 11-3665  
tomas.steffens@diakonie.de