

# **Sektoren- übergreifende Versorgung für alte Menschen**

**Workshop**

**7. Dezember 2017 in Berlin**

## Inhalt

1. Einleitung
2. Programm des Workshops
3. Reflexion der Diskussionsbeiträge für die weitere Arbeit

## Teilnehmende

Karin Abromeit	Hoffnungstaler Stiftung Lobetal, Bernau
Martina Althoff	Diakonie Rheinland-Westfalen-Lippe, Düsseldorf
Volker Amrhein	Diakonie Deutschland, Berlin
Dr. Anne Barzel	Universitätsklinikum Hamburg, Hamburg
Johanna Bensch	AOK Nordost, Potsdam
Dr. Anja Dieterich	Diakonie Deutschland, Berlin
Eva-Maria Dressler	MEDIKUS, Oranienburg
Simone Ehm	Berlin
Marion Förster	Ev. Stiftung Alsterdorf, Hamburg
Simone Hentzschel	AOK Nordost, Potsdam
Barbara Heuerding	Diakonie Hessen Frankfurt/M.
Till-Christian Hiddemann	Bundesministerium für Gesundheit, Berlin
Sebastian Hoffmannq	BV Geriatrie
Michael Holzhauer	MEDIKUS, Oranienburg
Sabine Jung	Diakonisches Werk Pfalz, Speyer
Johannes Kessler	Diakonisches Werk Württemberg, Stuttgart
Franz Knieps	BKK Dachverband, Berlin
Christoph Kranich	Verbraucherzentrale Hamburg
Prof. Dr. Susanne Kümpers	Hochschule Fulda, Fulda
Dr. Norbert Lübke	MDK Kompetenz Centrum Geriatrie, Hamburg
Dr. Anja Ludwig	Gesundheit Berlin-Brandenburg, Potsdam
Dr. Juliane Nachtmann	Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege u. Gleichstellung, Berlin
Frederik Pettelkau	Gesundheit Berlin-Brandenburg, Potsdam
Dr. Katharina Ratzke	Diakonie Deutschland, Berlin
Manuela Rose	MEDIKUS, Oranienburg
Sarah-Nadin Schulz	AOK Nordost, Potsdam
Dr. Tomas Steffens	Diakonie Deutschland, Berlin
Dirk van den Heuvel	Bundesverband Geriatrie, Berlin
Katharina Voß	Deutscher Ev. Verband für Altenarbeit und Pflege, Berlin
Dr. Christiane Wähler	Augusta-Krankenanstalten Bochum
Wilfried Wesemann	Evangelisches Johannesstift Berlin
Serpil Yaman	AOK Nordost, Berlin
Sonja Zander	Diakonie Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz, Berlin

## Programm des Workshops

- 09.30 Uhr**      **Anreise und Empfangskaffee**
- 10.00 Uhr**      **Begrüßung und Einführung, Vorstellung der Diakonie-Projekte**  
 Dr. Anja Dieterich, Dr. Tomas Steffens, Diakonie Deutschland
- 10.30 Uhr**      **Fokus 1: Fachliche Perspektiven**  
**Selbstbestimmungs- und Teilhabeorientierung in der sektorenübergreifenden Versorgung alter Menschen – wie kann das wirklich funktionieren?**  
 Christoph Kranich, Verbraucherzentrale Hamburg
- 10.50 Uhr**      **Wie lässt sich das Potential hausärztlicher Versorgung in der intersektoralen Zusammenarbeit optimal nutzen?**  
 Dr. med. Anne Barzel, Universitätsklinikum Hamburg
- 11.10 Uhr**      **Niedrigschwellige, wohnortnahe Versorgung und Geriatrie – wie ist das Zusammenwirken von Generalisten und Spezialisten zu gestalten?**  
 Dr. med. Norbert Lübke, MDK Kompetenz Centrum Geriatrie
- 11.30 Uhr**      **Regionaler Verbundaufbau im versäulten Sozialsystem – worauf ist beim sektorenübergreifenden Strukturaufbau zu achten?**  
 Dr. Juliane Nachtmann, Projektkoordinatorin 80<sup>plus</sup>, Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin
- 11.50 Uhr**      **Diskussion**
- 12.30 Uhr**      **Mittagspause**
- 13.15 Uhr**      **Fokus 2: Gesundheitspolitische Perspektiven**  
**Sektorenübergreifende Arbeit in der Praxis – welche Rahmenbedingungen helfen Trägern und Einrichtungen?**  
 Wilfried Wesemann, Evangelisches Johannesstift Berlin
- 14.05 Uhr**      **Sektorenübergreifende Versorgung – Reformoption aus Sicht eines Kostenträgers**  
 Franz Knieps, BKK Dachverband, Berlin
- 14.25 Uhr**      **Politische Verantwortung für die sektorenübergreifende Versorgung: Was kann der Bund tun?**  
 Till-Christian Hiddemann, Bundesministerium für Gesundheit
- 15.05 Uhr**      **Kommentar zum Tag**  
 Prof. Dr. Susanne Kümpers, Hochschule Fulda
- 15.20 Uhr**      **Diskussion**
- 16.00 Uhr**      **Abschluss**  
 Dr. Anja Dieterich, Dr. Tomas Steffens, Diakonie Deutschland

Moderation: Simone Ehm, M.A., Berlin

# Einleitung

**Dr. Anja Dieterich, Dr. Tomas Steffens**

Das Fachgespräch am 07.12.2017 machte das Positionspapier der Diakonie Deutschland zur sektorenübergreifenden Versorgung multimorbider alter Menschen zum Thema der Diskussion (Diakonie-Text 1/2017: <https://www.diakonie.de/diakonie-texte/012017-sektoreneuebergreifende-versorgung-fuer-multimorbide-alte-menschen/>).

Das Anliegen der Veranstalter war, zusammen mit den teilnehmenden Expertinnen und Experten, die Aussagen des Papiers zu reflektieren, gerne auch Unausgegrenztes und vielleicht erst halb zu Ende Gedachtes zu hören und zu besprechen – um etwas klarer zu sehen, was bei der weiteren Konkretisierung des Ansatzes zu beachten ist, welche nächsten Arbeitsschritte für uns eventuell daraus folgen könnten und auch: wo wir vielleicht falsch liegen.

## Zur Entstehung des Positionspapiers

Wir wollten im zugrundeliegenden Diakonie-Projekt schärfen,

- welche inhaltliche Vision die Diakonie Deutschland mit dem Stichwort sektorenübergreifende Versorgung verbindet,
- was dies für die (diakonischen) Träger und Einrichtungen jetzt schon und zukünftig bedeutet
- und welche gesundheitspolitischen Forderungen mit dieser Vision verbunden sind.

Dabei ist uns wichtig: Die Diakonie beansprucht nicht, hier das Rad neu zu erfinden. Und Ziel unserer Arbeit war es auch nicht, der Praxis bzw. diakonischen Trägern und Einrichtungen als Dachverband zu sagen, wie gearbeitet werden sollte. Wir sind uns bewusst, dass im Raum viele Akteure saßen, die die Ziele, um die es in der diakonischen Positionierung geht, seit langen Jahren bereits vorantreiben.

Und es zeigte sich, wenig überraschend, auch schnell, dass vieles bei diesem Thema dezentral, regional zu klären und unterschiedlich zu regeln ist.

Vielmehr ging es uns in umgekehrter Richtung darum, die existierenden praktischen Ansätze, Ideen und Konzepte der sektorenübergreifenden Versorgung sichtbar zu machen und zuzuspitzen, d.h. letztlich zu verallgemeinern, so dass sie für das fachpolitische Engagement und für bessere Rahmenbedingungen der praktischen Arbeit vor Ort eingesetzt werden können.

Das Papier soll an dieser Stelle nicht noch einmal vorgestellt werden. Nur so viel: Vor dem Hintergrund einer kritischen Reflexion der gesundheitlichen Versorgung alter und mehrfach erkrankter Menschen in der eigenen Wohnung, in der stationären Pflegeeinrichtung und im Krankenhaus einerseits und einem diakonischen Leitbild einer guten sektorenübergreifenden und teilhabeorientierten Versorgung andererseits, wird in dem Papier der Diakonie ein Verbundmodell entwickelt. Seine Besonderheit, auch gegenüber anderen Diskussionsbeiträgen, liegt darin, dass seine Teilhabe-, Selbstbestimmungs- und Gemeinwesen-Orientierung deutlich über die medizinische Versorgung, wie sie im SGB V sozialrechtlich verankert ist, hinausgeht.

Dem Modell schließen sich gesundheitspolitische Forderungen an, denen es darum geht, gute Rahmenbedingungen für eine sektorenübergreifende Versorgung zu schaffen. Die Konzentration auf gesundheitspolitische Forderungen rechtfertigt sich durch die Schlüsselstellung des Gesundheitswesens für die Versorgungssteuerung. Die Forderungen kreisen inhaltlich um die Frage, wie die politische Verantwortung für eine sektorenübergreifende Rahmenplanung in den Ländern gestärkt werden kann.

Das geriatrisch-gerontologische Verbundmodell geht deutlich über den Kreis der Leistungserbringer nach dem SGB V hinaus. Zentrales Anliegen ist die Klärung von Zuständigkeiten und Koordinierungsaufgaben (nicht: jeder koordiniert ein bisschen). Im Strukturaufbau des Verbunds soll danach unterschieden werden, welche Verbundpartner zukünftig – bezogen auf den Einzelfall – Koordinierungsaufgaben übernehmen und welche Partner zukünftig ausschließlich spezifische Versorgungsaufgaben wahrnehmen sollen.

Die Zuständigkeit für Koordination/Fallbegleitung wird vorrangig in der Hand von drei möglichen Akteuren gesehen: ein ambulanter gerontologisch ausgerichteter Beratungsdienst und/oder hausärztliche Praxen und/oder eine ambulant arbeitende geriatrische Einrichtung. Die Kommune erteilt den Auftrag für den Verbundaufbau, die Kostenträger sind einbezogen.

# FOKUS 1: FACHLICHE PERSPEKTIVEN

**Für den Vormittag haben wir den Fokus auf die fachlich-inhaltlichen Fragen gerichtet. Wir haben beispielhaft einige konzeptionelle „Knackpunkte“ herausgegriffen, die uns im Projekt besonders beschäftigt haben und für die wir teils noch ganz besonders nach Antworten suchen.**

Wie kann Nutzerorientierung in Verbänden für alte Menschen sinnvoll gedacht werden?

Auch im Diakonie-Konzept adressieren wir den notwendigen Einbezug der Betroffenen in die Versorgungsplanung (Care Management) und in die Fallbegleitung (Personenzentriertes Case Management) und betonen die Individualität von Versorgungsentscheidungen, die ggf. auch von den Fachmeinungen abweichen kann. Das Diakonie-Konzept versucht, auch für alte Menschen mit Funktionseinschränkungen, die Idee einer (ggf. assistierten) größtmöglichen Autonomie der Lebensführung aufzunehmen. Andererseits sehen wir es als Aufgabe der Fachleute, Versorgungsstrukturen aufzubauen, die niedrighschwellig erreichbar und nutzer\*innenfreundlich sind. Welche Aspekte einer solchen Nutzer\*innenorientierung sind für das Diakonie-Konzept am relevantesten? Worauf muss geachtet werden?

Wie kann das Bild vom Hausarzt als Einzelkämpfer überwunden werden? Wie können Hausärzte stärker für die Verbundarbeit gewonnen werden?

Die Hausärzte sind genuin an der Versorgung alter Menschen beteiligt. Sie kennen die Betroffenen, im Idealfall, seit vielen Jahren und sind auch für alte Menschen oft der naheliegendste, niedrighschwelligste Zugang zum Versorgungssystem. Gleichzeitig scheint es Schnittstellenprobleme beim Aufbau von Verbänden zu geben (»Die Hausärzte machen nicht mit«).

Zuständigkeits-Klärungen und Koordination scheinen einerseits in Richtung der derzeit oft bereits bestehenden, vorwiegend pflegerisch-sozialarbeiterischen Verbundarbeit nötig, andererseits zwischen Hausärzten und anderen Arztgruppen, insbesondere der Geriatrie und zwischen der ambulanten und stationären medizinischen Behandlung.

Welche Bedeutung kommt den verschiedenen Kompetenzen und Berufsgruppen in der Spannung von spezialisierter und generalistischer Kompetenz zu, -Kompetenzprofilen, die sich teilweise überschneiden, teilweise ergänzen, doch in fachlicher Hinsicht zusammenwirken sollten? Wie ist in diesem Zusammenhang das von der Diakonie skizzierte teilhabeorientierte Verbundmodell mit seiner Trias aus Hausärzten, geriatrischer Kompetenz und Beratung zu beurteilen?

Was braucht es, damit Verbände funktionieren/sich aufbauen können? Wie sind die gegenwärtigen Rahmenbedingungen aus der Perspektive der kommunalen Verwaltung einzuschätzen?

# FOKUS 2: GESUNDHEITS- POLITISCHE PERSPEKTIVEN

**Thema sind die politisch zu gestaltenden Rahmenbedingungen für eine sektorenübergreifende Versorgung unter den Bedingungen des gegliederten Systems der sozialen Sicherung, der föderalen Aufgabenteilung zwischen Land und Bund, der Selbstverwaltung und des Grundsatzes der Subsidiarität**

Welche Stolperfallen nehmen Einrichtungen und Dienste bei der sektorenübergreifenden Arbeit in der Praxis wahr?

Was muss sich an den Rahmenbedingungen ändern, um über Sektorengrenzen hinweg alte Menschen besser zu versorgen?

Wo liegen aus der Perspektive einer Krankenkasse derzeit zentrale strukturelle bzw. Steuerungsprobleme und Hürden für eine gelingende sektorenübergreifende Versorgung?

Wo ordnen sich die Krankenkassen als SGB V Kostenträger in der Gestaltung und Entwicklung sektorenübergreifender Verbünde ein? Welche Rolle wollen/sollen sie spielen?

Worin besteht der Beitrag des Bundes?

Kann er mitwirken an einer inhaltlichen Visionsbildung zur Entwicklung einer guten sektorenübergreifenden und teilhabeorientierten Versorgung für alte Menschen?

Was müssen wir an den gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen ändern, damit die Länder ihre politische Verantwortung für eine gute sektorenübergreifende und teilhabeorientierte Versorgung für alte Menschen wahrnehmen können?

Abschließend haben wir Frau Prof. Dr. Kümpers gebeten, uns aus wissenschaftlicher Perspektive und vor dem Hintergrund ihrer Beteiligung am 7. Altenbericht einen Kommentar zum Tag zu geben. Dieser war gedacht als Diskussionsimpuls und Einstieg in die gemeinsame Debatte.

# REFLEXION DER DISKUSSIONSBEITRÄGE FÜR DIE WEITERE ARBEIT

Im Folgenden sollen einige Gedanken im Anschluss an die Beiträge der Tagung formuliert werden. Es geht nicht darum, die Beiträge zu referieren oder zu kommentieren, sondern, diejenigen Punkte herauszugreifen, die uns für die weitere Arbeit der Diakonie Deutschland zum Thema der sektorenübergreifenden Versorgung besonders wichtig erscheinen, an die wir anknüpfen möchten.

Wir starten mit dem Beitrag von Herrn Christoph Kranich. Hier sind uns vier Punkte wichtig. Als erstes möchten wir seine provokative Frage aufgreifen, was wir mit »Oma im Kapitalismus« machen. In unserer sehr ökonomisch und auf Selbststeigerung ausgerichteten Gesellschaft ist es besonders wichtig, auf die Menschen zu achten und sich mit denen zu engagieren, die keinen ökonomisch verwertbaren Beitrag leisten. Für die Diakonie vor Ort und die fachliche und politische Arbeit der Diakonie Deutschland ist es wichtig, diesen Menschen Stimme und Gehör zu geben. Das Konzept zur besseren sektorenübergreifenden Versorgung alter und kranker Menschen ist auch in diesem Sinne zu verstehen.

Zweitens finden wir den Gedanken zu den Anforderungen an die sektorenübergreifende Versorgung diskussionswürdig, dass sektorenübergreifende Versorgung keinen neuen Sektor, kein Dach über die bisherigen Sektoren bilden muss, stattdessen müssten die bisherigen Sektoren so integriert werden, dass die Sektorengrenzen unauffällig/unsichtbar werden. Wir denken gegenwärtig nicht, dass dieses Anliegen so verwirklicht werden kann, dass die Sektoren sich auflösen. Dies setzte ein Reset des Gesundheitssystems voraus, in dem die Strukturen tiefgreifend verändert würden. Uns erscheint es derzeit realistischer, Reformen zu verwirklichen unter Anerkennung einer Reihe bestehender Systemstrukturen: Das betrifft die unterschiedlichen Zuständigkeiten von Bund und Ländern, die Differenzierung zwischen Kuration, Pflege und Rehabilitation und die Rolle der Selbstverwaltung. Sollten jedoch Reformen für eine bessere sektoren-

übergreifende Versorgung scheitern, könnten auch die oben genannten Konstanten in Frage gestellt werden.

Zur Diskussion um ein besseres Gesundheitssystem gehört auch, dass Fragen der Patientenbeteiligung aufgegriffen werden. Betroffenen- und Beraterorganisationen sollten zusammengedacht werden, sie sollten, auch auf lokaler Ebene, einbezogen werden, wenn in den Regionen gerontologisch-geriatrische Verbände im Aufbau sind. Auch wenn keine »Patientenbewegung« existiert, ist es umso wichtiger, die Partizipation von Patient\*innen ernst zu nehmen, dies erfordert »doppelte Anstrengung und Unterstützung«. Noch einmal zu diskutieren ist auch die Rolle der Patientenvertreter auf Landesebene. Einmal ist nach ihrer Ressourcenausstattung zu fragen, die es ermöglichen muss, dass sie ihre Arbeit kompetent ausführen; zum anderen ist aber auch zu fragen, welches Kompetenzprofil sie haben sollten. In der Diskussion wurde zur Sprache gebracht, dass die Patientenvertreter inzwischen erhebliche medizinische Expertise haben müssten, dies sei eine Fehlentwicklung, es müsse doch eher um die lebensweltliche Bewältigung chronischer Krankheit gehen.

Aus einer hausärztlichen Perspektive heraus argumentierte Frau Dr. Anne Barzel.

Sie argumentierte, dass der ganz überwiegende Teil der Anlässe von Patient\*innen, eine Arztpraxis aufzusuchen, von den hausärztlichen Generalisten bearbeitet werden könnte. Dies ist aus unserer Sicht ein ganz wichtiger Sachverhalt: die Hausärzt\*innen, die die Patient\*innen teilweise schon lange kennen, sind der wichtigste medizinische Ansprechpartner, sie sichern Kontinuität in der Versorgung und entlasten zugleich die Spezialisten. Auch das Plädoyer für die »Teampraxis« ist für das Thema sektorenübergreifende Versorgung wichtig, weil in dem Maße, in dem medizinische und nicht-medizinische Berufsgruppen in der niedergelassenen Praxis

kooperieren, die Chancen für eine Versorgung »aus einem Guss« sich erhöhen. Selbstverständlich setzt dies neue Vergütungsstrukturen voraus. Kritisch wären dagegen die Überlegungen zu bewerten, dass die Entwicklung zu Teamstrukturen das ärztliche Tätigkeitsfeld ausweiten würde. Viel eher verbindet sich multidisziplinäre Teampraxis, aus unserer Sicht, mit neuen Formen der Arbeitsteilung zwischen den Berufen (Delegation und Substitution).

Der Beitrag von Herrn Dr. Norbert Lübke schloss in manchen Hinsichten an diese Diskussion an, mit der Frage, was Generalisten und was Spezialisten machen sollten. Er stellte fest, dass nicht alle Hausärzt\*innen eine umfassende Grundversorgung machen und nicht alle Fachärzt\*innen sich auf die spezialisierte Versorgung konzentrieren. (Wir haben eher ein »Pilzmodell«, statt ein »Pyramidenmodell«). Dagegen käme es darauf an, dass die Grundversorgung in die Breite gehe; für die spezialisierte Versorgung sei zusätzliches Wissen/Erfahrungen notwendig. Herr Dr. Lübke betonte, dass die Spezialisierung auf der Leistungserbringerseite zu erfolgen hat. Dies erscheint uns für die weitere Diskussion um die Versorgungsstrukturen wichtig, denn nicht die Patienten müssen Experten werden, sondern die Professionellen müssen untereinander klären, wie sie generalistisches und spezialisiertes Wissen und Aufgaben abgrenzen. Wichtig ist uns auch eine weitere Unterscheidung von Herrn Dr. Lübke, die zwischen medizinischer Koordination z. B. bei Multimorbidität, die eine ärztliche Aufgabe bleiben und kontextlicher Koordination, die durch Sozialarbeit, Pflege etc. erfolgen sollte.

Auf das von der Diakonie zur Diskussion gestellte Verbundmodell zur Versorgung alter Menschen bezogen, bedeutet dies eine Bestätigung und Aufforderung zur Schärfung unseres Konzepts: Die beteiligten Ärzt\*innen sollten medizinisch koordinieren (Hausärzt\*innen bzw. Geriater\*innen, jeweils fallabhängig), der Aufgabenbereich der umfassenden »kontextlichen« d.h. lebensweltlichen, im breiteren Sinne sektorenübergreifenden Fallbegleitung und Koordination, sollte nicht der Ärzteschaft obliegen, sondern wie im Modell formuliert, gerontologischen/pflegerisch und sozialarbeiterisch qualifizierten Beratungsstrukturen zugeordnet werden.

Aus dem Beitrag von Frau Dr. Juliane Nachtmann sollen drei Aspekte für die weitere Diskussion herausgegriffen werden. Sie betonte, dass die Betroffenen oftmals andere Prioritäten als die Professionellen haben: es geht um lebensweltliche Fragen, weniger um Versorgungsdefizite. Dies ist wichtig festzuhalten, weil das medizinische Versorgungssystem nur einen Teilaspekt der Lebenswirklichkeit auch alter und multimorbider Menschen darstellt. Gerade auch für diesen Personenkreis sind Fragen der sozialen Teilhabe trotz und bei chronischer Krankheit sehr wichtig. Und auch dieser Patientenkreis hat das Recht, so zu leben, wie er es möchte, auch wenn die

Ratschläge der Experten anders lauten (»Recht auf Tütensuppe«).

Der zweite Aspekt, der hervorgehoben werden soll, ist der Sachverhalt, dass die Berliner Verbände als »sehr pflegelastig« beschrieben wurden, Partner aus dem Gesundheitssektor sollten, so Frau Dr. Nachtmann stärker einbezogen werden. Damit ist die Frage gestellt, wer in der Praxis zukünftig am besten die im Diakoniemodell für den Verbundaufbau, aber auch die Beratung im Einzelfall geforderten Koordinierungsleistungen, bis hin zu einem breiteren Spektrum lokaler Akteure (d.h. auch aus dem Gesundheitsbereich etc.), erbringen könnte. Hier werden als wichtigste Akteure die bestehenden Pflegestützpunkte und die Bezirksämter gesehen.

Drittens schließlich sieht Frau Dr. Nachtmann die Notwendigkeit der Schärfung des Diakonie-Konzepts beim Begriff der Kommune. Hier gelte es genauer zwischen der Verwaltungsebene und der Kommune als politischer Einheit zu differenzieren.

## Die daran anschließende Diskussion am Vormittag beschäftigte sich zusammenfassend mit drei Themen:

Einmal ging es um die Frage, wer Case Management machen soll. Auch der im Text der Diakonie benutzte Begriff des Lotsen ist zu klären. Grundsätzlich scheint eine Schärfung der Diakonie-Position zum Thema Case Management sinnvoll. Ein weiterer Aspekt, der die Diskussion über den Vormittag hinaus mitbestimmte, war die Frage, ob wir einen Systembruch brauchen oder einzelne Reformen helfen. Schließlich wurde die Erwartung einer »Roadmap« formuliert, die die nächsten Schritte für eine Reform der Versorgungsstrukturen, wie auch für die weitere Arbeit der Diakonie, abbildet.

Der Nachmittag wurde durch den Impuls von Herrn Wilfried Wesemann eingeleitet. Aus seinen Ausführungen sollen zwei Aspekte herausgegriffen werden: Erstens sei es ein zentrales Problem, dass es trotz der Pflegestützpunkte zu wenig koordinierte Beratung gibt. Zweitens, damit knüpfte er an die Diskussion des Vormittags an, müsse das Case Management in der Umsetzung besser entwickelt werden. Als Minimalanforderung formulierte Herr Wesemann, dass Case Management seine Aufgaben unabhängig von den jeweiligen Trägerschaften, die in der Region prägend seien, erfüllen müsste. Um zu guten regionalen Strukturen zu kommen, sei regionale Planung hilfreich, die kommunalen Rechte und Kompetenzen hierzu müssten gestärkt werden. Ein positives Beispiel könnte hier die Altenhilfeplanung Bayerns sein.

Herr Franz Knieps betonte zu Beginn seines Beitrags, er spreche nicht als Vertreter eines Kostenträgers (keine offizielle BKK Position im Folgenden). Die Krankenkassen haben nach den Sozialgesetzbüchern eine gestaltende und mitverantwortende Rolle. Herrn Knieps Überlegungen gingen nicht vom Alter, sondern vom Wandel des Krankheitspanoramas aus, dem sich das System nicht angepasst habe. Aus seinen Ausführungen sollen drei Aspekte herausgegriffen werden: Erstens äußerte sich Herr Knieps deutlich wohlwollender zum Wettbewerb, als man es aus dem Diakoniepapier herauslesen kann. Er rät zu einem eher funktionalen Zugang zu Steuerungsfragen und warnt vor der Illusion, das Gesetz der Knappheit abschaffen zu können: Knappheit ist immer vorhanden, Entscheidung über notwendige Leistungen würden immer ökonomisch überformt sein. Sowohl der Wettbewerb der Krankenkassen untereinander als auch der Wettbewerb der Leistungserbringer könne als Innovationsmotor dienen und zwar auch hinsichtlich der inhaltlichen Ausgestaltung des Versorgungssystems. Einer Staatsgläubigkeit steht er kritisch gegenüber. Jedoch sei der Krankenkassenwettbewerb derzeit problematisch, denn er sei ein Zusatzbeitragsvermeidungswettbewerb bzw. Preiswettbewerb – sinnvoller wäre ein Innovationswettbewerb. Herr Knieps sprach sich, wohl auch kritisch gemeint zum Diakoniepapier, dafür aus zu diskutieren, wie ökonomische Anreize gesetzt werden können, damit nicht nur Sektoren optimiert würden, sondern Kooperation über Sektorengrenzen hinweg sich lohnen würde. Eine Möglichkeit hierfür seien kombinierte Budgets. Auf diese Weise könnte die Umsetzung von Gesetzen unterstützt werden, statt »gegen sie an zu regulieren«.

Ein zweiter Punkt soll herausgegriffen werden: Herr Knieps betonte die Bedeutung kultureller Faktoren als Barrieren für die sektorenübergreifende Versorgung. Ein wichtiger Faktor, warum Integrierte Versorgung nicht funktioniert, seien die problematischen professionellen Identitäten der Gesundheitsberufe (preußisch rückständige Mediziner Ausbildung, berufliche Sozialisation ohne interprofessionelles Teamverständnis, unterentwickelte berufsständische Verantwortungsübernahme durch die Pflege). Lösungsansätze sieht er in einer Reform der (zukünftig teils gemeinsamen) Ausbildungsgänge der Gesundheitsberufe und neuen Formen (auch einer gemeinsamen) Honorierung (auch einer gemeinsamen) der Berufsgruppen. Auch im Zuge der Verwirklichung einer Bürgerversicherung sei es möglich, die Honorierungssysteme besser auszugestalten (auch mit einer Hineinnahme der Sozialarbeit in die sektorenübergreifende Arbeit).

Positiv bewertete Herr Knieps im Diakoniepapier die politische Verantwortungsübernahme bei der sektorenübergreifenden Versorgungsplanung und der Sicherung einer guten Versorgung, die Idee einer gemeinsamen sektorenübergreifenden Bedarfsplanung sowie die Teilhabeorientierung des Diakonieansatzes. Hinsichtlich der Steuerung könnten (wie auch die Diakonie im Papier vorschlägt), die

Aufgaben der Gremien nach § 90/90a SGB V verbindlicher gestaltet werden. Gleichzeitig äußerte er jedoch auch Skepsis gegenüber den staatlichen Akteuren (»Politik erfindet nicht die Dinge, sondern schaut, wo kann man was fördern«).

Auch die Kassen müssen kritisch reflektieren, ob sie für die Institutionen oder die Versicherten agieren wollen. Alle Beteiligten am gesundheitspolitischen Geschehen müssten sich fragen: Wie wirkt das, was ich tue, auf das untere Drittel der sozialen Schichten?

Herr Till-Christian Hiddemann, der nicht für die Bundesregierung bzw. das Ministerium sprach, führte aus, dass das geltende Recht bereits Ansatzpunkte für sektorenübergreifendes Handeln biete. Viele jüngere SGB V-Reformen hätten nicht nur mit Versorgungsleistungen, sondern mit dem Versorgungsmanagement über die Sektoren hinweg zu tun. Er nannte u.a. das Entlassmanagement für Krankenhäuser und Rehakliniken, die Gründung von MVZs durch Kommunen und verwies auf den § 90a SGB V. Ergänzend zu nennen wären auch Aufgaben der einrichtungsübergreifenden Versorgungsgestaltung in den Bereichen Pflege, Palliativversorgung, und Rehabilitation (nach dem SGB IX). Andere Möglichkeiten der sektorenübergreifenden Leistungserbringung, die z.B. der § 140a SGB V ermöglicht, werden kaum genutzt, obwohl das Sozialrecht nahezu alle Möglichkeiten eröffnet; die Regelversorgung sei dennoch dominant. Als Gründe könnten u.a. Probleme bei der Budgetbereinigung, das Management des Overloads und auch eine Konkurrenz zum Innovationsfonds genannt werden.

Für die Politik der nächsten Legislaturperiode zeichne sich parteiübergreifend das Interesse an Fragen der sektorenübergreifenden Systemgestaltung ab, auch bei Fragen einer integrierten Bedarfsplanung. Das Diakoniepapier weise in die richtige Richtung, sei jedoch an einigen Punkten nicht genau genug. Klärungsbedarf bestehe etwa in der Bestimmung der Aufgaben der Kommune und der Bestimmung des Verhältnisses zwischen Planungsverantwortung und Finanzverantwortung in den Ländern sowie zwischen Krankenkassen und Staat. Auffällig sei im Diakoniepapier auch eine Diskrepanz zwischen weitem Konzept und kleinteiligen gesundheitspolitischen Forderungen.

Frau Prof. Dr. Susanne Kümpers übernahm die Aufgabe, die Diskussion des Tages aus einer gesundheitswissenschaftlichen Perspektive heraus zu sichten und zu kommentieren. Das Diakoniepapier bezeichnete sie einen »tollen Entwurf des Wünschenswerten«, jedoch sei mit dem Politikwissenschaftler Fritz Scharpf zu fragen, welche Inhalte unter welchen Bedingungen umsetzbar sind und was der nächste Schritt sei. In Rechnung zu stellen sei stets, dass das Gesundheitswesen ein vermachtetes und interessengeleitetes Feld ist. Frau Prof. Kümpers sprach fünf Punkte an, die bei der weiteren konzeptionellen und politischen Arbeit zu beachten seien:

Erstens sei die Ökonomisierung zu beachten. Ökonomisierung bedeute hier, dass Handlungsfelder, die sich ursprünglich auf professionelle oder politische Ziele zu beziehen hatten, betriebswirtschaftlich überformt würden. Damit stellen sich zahlreiche Fragen zur Rolle der

Ökonomie im Gesundheitswesen. Es sei zu beobachten, dass Positionen der Professionen geschwächt werden und wirtschaftliche Entscheidungen wichtiger würden. Die Professionen stünden unter dem Druck wirtschaftlicher Interessen und betriebswirtschaftlicher Entscheidungen, wodurch professionelles Handeln nicht unverletzt bleibe. Es sei kein statisches Feld, sondern es seien dynamische Entwicklungen zu beobachten:

Zweitens ging Frau Prof. Kümpers auf die Ordnung der Berufe und Professionen untereinander ein. Auch der »preußische Habitus«, den man der ärztlichen Berufsgruppe in Deutschland bescheinigen kann, sei nicht etwas, was statisch festgelegt sei. Entwicklungen seien im Ausland gut sichtbar, wo in einzelnen Ländern die Ausbildung der nicht-ärztlichen Berufe angehoben würde, Aufgaben anders verteilt würden, Hierarchien flacher seien und Kooperationen besser funktionierten.

Als dritten Punkt nannte Frau Prof. Kümpers die soziale und gesundheitliche Ungleichheit, die sowohl die Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen durch die Versicherten selbst (Problem der Zuzahlung u.v.m.) als auch die Leistungserbringung berührt (als Aspekt der Ökonomisierung: der Umgang mit »schwierigere Patienten«). Mit diesem Punkt sind zahlreiche Fragen nach einem gerechten Gesundheits- und Sozialsystem berührt, die von der Finanzierung des Systems bis zur Aufmerksamkeit für Patientengruppen mit komplexen Bedarfen, reichen.

Als vierter Punkt wurde angemerkt, dass im Diakoniepapier noch klarer hätte werden können, dass Integration die Bringschuld des Systems ist, nicht die der einzelnen Bürgerinnen und Bürger. Damit stellt sich die Frage, wie in einem differenzierten Gesundheits- und Sozialsystem Leistungen »wie aus einer Hand« erbracht werden können.

Schließlich sei, deutlicher als dies bislang geschehen ist, die Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund zu betrachten, eine in sich sehr heterogene »Gruppe«, deren gesundheitliche Bedarfe analysiert werden müssten.

**Aus der Diskussion des Nachmittags sollen folgende Themen herausgearbeitet werden:**

- Probleme der Modernisierung der Gesundheitsberufe: In der Diskussion wurde am Nachmittag, aber auch über ganzen Tag hinweg das Thema aufgerufen, wie der Zuschnitt der Gesundheitsberufe anders gelegt werden kann, um spezifische nichtärztliche Kompetenzen besser zum Tragen zu bringen und die multidisziplinäre Kooperation zu entwickeln. Das bedeutet auch: Wie kann die »Akademisierung ins Nichts« verhindert werden?

Begleitet werden müsse eine Neuordnung der beruflichen Zuständigkeiten auch durch einen Kulturwandel, der auf Kooperation statt auf Hierarchie setzt.

In ökonomischer Hinsicht müsse über Vergütungsformen geredet werden, die sektorenübergreifendes Handeln statt Grenzziehungen fördere. Es gehe nicht darum, »Goodies« zu verteilen.

- Es sei richtig, bei der Debatte um Versorgung die Gruppen besonders zu beachten, die »nicht nützlich« sind.

- Grundsätzlich sei zu fragen, ob es weiterführe, das Gesundheitssystem graduell zu verändern oder ob mit grundlegenden Systemstrukturen gebrochen werden müsse. Ansatzpunkte für zahlreiche graduelle Änderungen sind im Diakoniepapier ausgeführt. Weitere Stellschrauben beträfen z.B. die ärztliche Honorierung, die Aufgaben der Berufsgruppen, die Rolle der Vergütung (kombinierte Budgets).

- Die von der Diakonie entwickelte Trias der koordinierenden Akteure wurde in der Diskussion gutgeheißen, müsse jedoch geschärft werden insbesondere in der Frage, wer ein Case Management übernehmen solle. In diesem Zusammenhang müsse fachlich und in der Vergütung die Vernetzungsarbeit aufgewertet werden.

- Genauer zu klären sei, ob und unter welchen Bedingungen - und welche Vorteile sozialwirtschaftliche Unternehmen für die Versorgung haben (vgl. Diakonie-Text 1/2017, S. 31, <https://www.diakonie.de/diakonie-texte/012017-sektoreneuebergreifende-versorgung-fuer-multimorbide-alte-menschen/>)

Notwendig sei eine politische Argumentation, die offensiv darauf ziele, den privatwirtschaftlichen Sektor zu begrenzen.

- Schließlich komme es nun darauf an, eine Roadmap zu entwickeln. Das bedeute in einem ersten Schritt, bestehende gesetzliche Regelungen danach zu durchforsten, ob sie schon jetzt Anknüpfungspunkte für sektorenübergreifendes Handeln bieten und in weiteren Schritten konzeptionelle Fragen weiter zu klären, den politischen Forderungskatalog u.U. zu überarbeiten und prioritäre Reformen zu benennen.

## Als Veranstaltende halten wir folgende Punkte als Resümee fest:

- Nach dem Workshop sind wir überzeugt, dass vor dem Hintergrund der von der Projektgruppe erarbeiteten Problemanalyse eine Reform des Versorgungssystems über die Sektorengrenzen hinweg wichtig ist. Das komplexe, hochgradig differenzierte Gesundheits- und Sozialsystem ist auf eine sektorenübergreifende Rahmenplanung (auf der Grundlage einer regionalen Gesundheits- und Sozialberichterstattung) und die politische Verantwortungsübernahme für Planung und Versorgung angewiesen. Auf eine Formel gebracht: Je größer die Differenzierung, desto mehr Kooperation ist notwendig. Dies begrenzt — auch dies ein wichtiges Anliegen des Diakoniepapiers — die Reichweite wettbewerblichen Handelns der Krankenkassen bzw. der Leistungserbringer (ohne wettbewerbliche Elemente auszuschließen).
  - In der Frage der Reichweite der Reformen (Bruch oder graduell) hat sich die Diakonie mit dem Papier für eine zwar entschiedene aber doch graduelle Reformstrategie entschieden, die die Rahmenbedingungen des in mehrfacher Hinsicht gegliederten (differenzierten) Systems anerkennt: Unterschiede der Zuständigkeit zwischen Bund und Ländern, die Rolle der Selbstverwaltung, die Unterscheidung zwischen Pflege, Kuration und Rehabilitation sowie die Rolle des Subsidiaritätsprinzips. Die Gesundheitspolitischen Perspektiven der Diakonie für die neue Legislaturperiode werden in Kürze in einem Grundsatz-Papier ausgeführt. Darin wird zudem begründet, warum die Unterscheidung zwischen privaten und gesetzlichen Krankenkassen nicht mehr akzeptabel ist.
  - Bleiben wir bei Fragen der Systemgestaltung, ist sowohl die Rolle der Kommunen als auch das Verhältnis zwischen den Ländern (die die politische Verantwortung tragen) und den Krankenkassen (als Leistungsträgern) genauer durchzubuchstabieren.
  - Bei der Reflexion des geriatrisch-gerontologischen Verbundmodells der Diakonie im Detail wurde der teilhabe-, selbstbestimmungs- und gemeinwesenorientierte Ansatz bestätigt, der weit über das Gesundheitswesen hinaus geht, der aber vor allem inhaltlich die Aufmerksamkeit auf Selbstbestimmung bei eingeschränkter Selbstständigkeit und Fragen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft richtet.
  - Auch die Trias der koordinierenden Verbundakteure wurde bestätigt. Es sollte jedoch deutlicher unterschieden werden zwischen ärztlich verantworteter Bahnung der medizinischen Behandlungspfade und kontextlicher (lebensweltlicher) Koordination, die jedoch als integrierte Behandlungspfade zusammengedacht und teilhabeorientiert, d.h. auch über Versorgung und Behandlung hinausgehend konzipiert werden müssen.
  - Mehrfach wurde das Thema der Fallbegleitung in der Diskussion aufgegriffen. Im Diakonie-Konzept wurde formuliert, dass die Verbundakteure vor Ort sich einigen, welcher der drei Akteure (Hausarzt, ambulant arbeitende Geriatrie, gerontologische Beratung) diese Aufgabe wahrnimmt. Uns wurde durch die Diskussion deutlich, dass diese Aufgabe in der Regel nicht der Hausarzt übernehmen kann, zumindest nicht in der gegenwärtigen Form, in der er vorwiegend als einzelner Arzt in der Praxis und nicht in einem interdisziplinären Team arbeitet. Genauer zu überlegen ist, ob und unter welchen Bedingungen Pflegestützpunkte diese Aufgabe wahrnehmen können.
  - Deutlich wurde im Fachgespräch die große Bedeutung der Ökonomie. Zwei Aspekte sollen herausgegriffen werden: Einmal die Notwendigkeit, Vergütungsformen zu finden, die sektorenübergreifendes Handeln nicht erschweren. Hier ist zu fragen, wie sektorenübergreifende Budgets ausgestaltet werden könnten.
- Zweitens ist die Rolle der gemeinnützigen Einrichtungen und Dienste zu diskutieren. Auf der Tagung wurde zu großem Erstaunen von den Renditeerwartungen großer Klinikketten berichtet. Die sozialwirtschaftlichen Einrichtungen der Wohlfahrtspflege stehen nicht unter diesem Verwertungsdruck, müssen jedoch durchaus wirtschaftlich handeln. Das entwickelte Verbundmodell — und in vielen Regionen bereits die jetzige Praxis — bietet ihnen Raum, ihr gemeinwohlorientiertes Profil zu schärfen. Es ist zu fragen, wie im Gesundheitswesen, in der Pluralität von Trägern, die Rolle der gemeinnützigen Träger gestärkt werden können.
- Ein ebenfalls mehrfach aufgegriffenes Thema des Fachgesprächs war, wie oben dargestellt, die Frage nach den Aufgaben der Gesundheitsberufe und ihrer Stellung zueinander. Dieses Thema ist wichtig, um interdisziplinäres Arbeiten mit dem Patienten über Sektorengrenzen hinweg besser zu gestalten. Ohne Veränderung des »preußischen Habitus« des ärztlichen Berufsstandes wird das sehr schwer möglich werden.

## **Kontakt**

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

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

## **Diakonie Deutschland Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.**

Caroline-Michaelis-Straße 1  
10115 Berlin  
T +49 30 652 11-0  
F +49 30 652 11-3333  
diakonie@diakonie.de  
www.diakonie.de