

SENIORENPOLITIK/PFLEGE

Das Schaffen geriatrischer Dienste

Koordinationsbedarf zwischen staatlichen Planungsebenen, Sozialleistungsträgern und Einrichtungsträgern

Von Harry Fuchs, Düsseldorf

1. Einleitung

Die Entwicklung der Strukturen von Sozialleistungen steht in einem unmittelbaren Zusammenhang mit dem Stellenwert, den ein gesundheits- bzw. sozialpolitisches Problem in der gesellschaftlichen Diskussion erfährt, der durch diese Diskussion in der Bevölkerung ausgelösten Betroffenheit und dem sich daraus für die Politik ergebenden Handlungsdruck.

Solange die Zahl der alten Menschen und ihre auch früher schon vorhandenen spezifischen Anforderungen an die Gesundheitspolitik im Rahmen der gesamten Bevölkerungsentwicklung eher eine „Randgruppe“ waren, reichte es aus, das gesellschaftliche Gewissen damit zu beruhigen, daß diese Menschen ja versorgt seien, wobei die mit dem Begriff des „Versorgens“ verbundene Pflege praktisch mit Verwahren und Behüten gleichgesetzt werden konnte.

Erst die mit der öffentlichen Diskussion der bevorstehenden Bevölkerungsentwicklung in breiten Bevölkerungsschichten tiefer in das Bewußtsein getretene Erkenntnis möglicher eigener Betroffenheit und die damit verbundenen Kostenfragen haben die breite aktuelle Diskussion um die Pflegeversicherung und die Strukturen der Pflegeangebote möglich gemacht.

Die Veränderung des Stellenwertes der Pflegeproblematik ist auch in der plakativen politischen Diskussion nachvollziehbar. Während z. B. Anfang der 80er Jahre mit dem Ausbau geriatrischer Dienste noch pauschal die Befürchtung eines Ausgrenzungs- und Abschiebeeffektes für alte Menschen verbunden wurde, geht es jetzt nicht mehr darum, ob, sondern wie die Strukturen geriatrischer Dienste bedarfsgerecht und wirtschaftlich auszugestalten sind.

Die Entwicklung solcher Strukturen erfordert einen erheblichen Koordinationsbedarf zwischen staatlichen Planungsebenen, Sozialleistungsträgern und Einrichtungsträgern, der am Beispiel der geriatrischen Rehabilitation nachfolgend erörtert werden soll.

2. Entwicklung der geriatrischen Rehabilitation

In ihrer Erklärung zu „Lebenssituation und Zukunftsperspektiven älterer Menschen“ (1985) stellt die Bundesregierung fest, daß die Behandlung älterer Menschen nicht die völlige Wiederherstellung der Gesund-

heit und des seelischen Wohlbefindens zum Ziel haben könne, sondern „die Befähigung zu einem Höchstmaß an Selbständigkeit und Gesundheit im Rahmen gegebener Schranken und Möglichkeiten anstrebt“.

Die Rehabilitation älterer Menschen erfordert danach therapeutische Konzepte, mit denen vom ersten Tag an auf die Wiedererlangung verlorengegangener Fähigkeiten und Fertigkeiten im sozialen Umfeld des älteren Menschen, d. h. im wesentlichen des häuslichen Umfeldes, hin trainiert und geübt wird.

Den Anspruch, dieses Ziel zu verfolgen und dafür geeignete therapeutische Methoden einzusetzen, erheben sowohl Krankenhausärzte, die sich als Geriater bezeichnen, wie auch die Einrichtungen insbesondere der Freien Wohlfahrtspflege, die sich seit Jahren der Pflege Schwerstpflegebedürftiger widmen und dies als sogenannte aktivierende Pflege durchführen.

Von den Trägern der Freien Wohlfahrtsverbände und den Berufsorganisationen der Pflegeberufe wurde bei der Anhörung des Bundesministers für Arbeit zur Pflegeversicherung am 22. 8. 91 in Bonn die Erwartung formuliert, daß mit der Einführung der Pflegeversicherung endlich auch dem Grundsatz „Rehabilitation vor Pflege“ und damit der aktivierenden Pflege voll Rechnung getragen werde. Diese Erwartung drückt u. a. die Überzeugung aus, daß in den Konzepten der aktivierenden Pflege jedenfalls stärker rehabilitativen Erfordernissen Rechnung getragen werde, als dies bei der in Akutkrankenhäusern üblichen Arbeitsweise geschehen kann.

Im Ergebnis zeichnet sich damit – aus den derzeitigen Strukturen abgeleitet – in der geriatrischen Versorgung der gleiche – scheinbare – Zielkonflikt ab, wie er auch außerhalb der Geriatrie zwischen Akutversorgung und Rehabilitation diskutiert wird.

Für die Entwicklung der geriatrischen Versorgungsstrukturen sind falsche bzw. einseitige Gewichtungen nur vermeidbar, wenn sich bei der Planung die unterschiedlichen Ziele und Aufgaben von Rehabilitation und kurativer Medizin nicht vermischen, zumal eine strikte Trennung oder Abgrenzung von kurativer Medizin und Rehabilitation in der Praxis nicht möglich ist.

Im Ergebnis werden sich Einrichtungen der kurativen Medizin primär auf die Behebung des Gesundheitsschadens selbst ausrichten und damit vom ersten Tag

an uneingeschränkt Frührehabilitation zu betreiben haben.

Sobald die Behebung des Gesundheitsschadens dies zuläßt, müssen Einrichtungen der Rehabilitation mit spezifischer Ausstattung und therapeutischen Methoden die Selbsthilfefähigkeit vertiefen und die Reintegration in das gesellschaftliche bzw. häusliche Umfeld vorbereiten.

Die geriatrischen Dienste müssen deshalb so gestaltet sein, daß in der jeweiligen Phase des Krankheitsgeschehens das dominante Behandlungsziel von der dafür geeigneten und zu diesem Zweck entsprechend therapeutisch ausgestatteten Einrichtung verfolgt werden kann.

3. Staatliche Planungsebenen

3.1 Da die staatliche Verantwortung für die Pflege bisher überwiegend bei der Sozialhilfe liegt, hat sich eine vorwiegend kommunale Planungsverantwortung herausgebildet, die sich in kommunalen Altenplänen niederschlägt, die zum Teil wieder in Landesaltenplänen koordiniert und zusammengefaßt werden.

Wie im Krankenhausbereich gibt es auch bei der Pflege praktisch ein duales Finanzierungssystem, wobei die Länder nach sehr unterschiedlich gestalteten Förderrichtlinien – zum Teil gemeinsam mit den Kommunen – mit der Förderung der Investitionen in kommunale bzw. frei gemeinnützige Pflegeeinrichtungen die Folgekosten, d. h. die Pflegesätze, subventionieren, die nach Abzug der Eigenleistungen des Pflegebedürftigen von den Kommunen aufgebracht werden.

3.2 Bei der Errichtung von Pflegeeinrichtungen müssen sich die meist armen Träger mit ihrer Planung zur Ausschöpfung öffentlicher Fördermittel konsequent an den Förderrichtlinien orientieren, da Eigenmittel für die Investitionen zumindest bei den frei gemeinnützigen Trägern kaum noch verfügbar sind.

Da sich die Förderrichtlinien meist noch konsequent am klassischen stationären Pflegeprinzip ausrichten, sind die Planungen für interdisziplinäre ambulante, teilstationäre und stationäre Pflegeangebote zur gemeindenahen Versorgung häufig nicht realisierbar, weil einige Genehmigungsbehörden darin zumindest teilweise Einrichtungen der Krankenpflege bzw. Rehabilitation erblicken, für die sie aus den Töpfen der Altenhilfe keine Investitionsförderung betreiben können bzw. wollen.

Dennoch haben sich in den meisten vorhandenen Pflegeeinrichtungen, insbesondere denen zur Pflege Schwerstpflegebedürftiger, therapeutische Konzepte durchgesetzt, die als aktivierende Pflege umschrieben werden, zumeist aber breite Elemente der trainierenden Behandlung aufweisen und damit Rehabilitationscharakter haben.

Bei den kommunalen und frei gemeinnützigen Trägern liegen deshalb erhebliche Erfahrungen mit trainierenden, rehabilitativen Pflegemethoden vor, die in die künftige Gestaltung von geriatrischen Rehabilitationskonzepten einbezogen werden müssen. Es greift zu

kurz, sich bei der Diskussion geriatrischer Rehabilitationskonzepte im wesentlichen auf Geriater aus Akutkrankenhäusern zu stützen, wie dies die Krankenkassen derzeit in der Regel tun.

Die aktivierende Pflege beinhaltet heute schon mehr als die zeitlich besonders intensive Zuwendung von Pflegekräften; sie beruht bereits heute auf der Tätigkeit des interdisziplinären Teams verschiedener Gesundheitsberufe.

Bei der Ausgestaltung der Pflegeversicherung muß insbesondere bei der Abgrenzung von Pflege/Rehabilitation und damit Pflegeversicherung und Krankenversicherung darauf geachtet werden, daß nicht durch die Zuordnung heute schon selbstverständlicher Pflegeleistungen zur Rehabilitation und damit zur Krankenversicherung neue Schnittstellen- und Abgrenzungsprobleme entstehen, die sich negativ auf den heute schon unter dem Dach der Sozialhilfe mühsam erreichten Standard der aktivierenden Pflege auswirken könnten.

3.3 Die in der aktuellen politischen Diskussion geäußerte Absicht, die Strukturverantwortung für die Pflege vergleichbar mit der Landeskrankenhausplanung zu gestalten, erscheint eher bedrohlich als hilfreich.

Während bisher bei der Investitionsplanung in der Verantwortung der Sozialhilfe häufig interdisziplinäre und rehabilitative Aspekte ausgegrenzt blieben, weil sie dem Leistungsbereich der Sozialversicherungsträger zugeordnet wurden und deshalb unter Sozialhilfe-Gesichtspunkten nicht förderfähig erschienen, besteht künftig die Gefahr, daß die akutmedizinischen Erfahrungen und Ziele des Krankenhausbereichs zur Planungsdominante werden und die Erfahrungen der Rehabilitation und aktivierenden Pflege wiederum auf der Strecke bleiben.

Aus der Sicht der für die Krankenhausfinanzierung bzw. -planung Verantwortlichen und der Krankenkassen ist es naheliegend, durch die Umwandlung von nicht mehr benötigten Krankenhausbetten in solche der geriatrischen Rehabilitation endlich einen Schlüssel zur Lösung der Fehlbelegung und des Krankenhausbettenüberhanges in die Hand zu bekommen.

Dies übersieht aber, daß die gesamte Konzeption unserer Krankenhäuser baulich, personell und von der Ausstattung her nicht in der Lage ist, den besonderen Anforderungen, die die medizinische, pflegerische und therapeutische Rehabilitationsbehandlung geriatrischer Patienten an die Einrichtungen stellt, zu entsprechen.

Die prolongierten Krankheitsverläufe bei geriatrischen Patienten, die erforderliche zeitaufwendige und personalintensive Pflege und rehabilitative Therapie stehen nachgerade im Kontrast, ja in einem Zielkonflikt zur üblichen Arbeitsweise eines Akutkrankenhauses, die auf hochgradige Kapazitätsauslastung und kurze Verweildauer ausgerichtet ist. Die Zielsetzung und Arbeitsphilosophie eines akutmedizinischen Teams steht in diametralem Gegensatz zur Aufgabenstellung und Arbeitsphilosophie eines Rehabilitationsteams.

Es wäre für die Pflegebedürftigen ein schlimmes Ergebnis; wenn die Türschilder ausgetauscht würden, die Statistiken bereinigt und so der Krankenhausbettenüberhang politisch bewältigt würde, sich für die Betroffenen aber qualitativ nichts geändert hätte.

Der Gesetzgeber sollte deshalb bei der Regelung der künftigen Verantwortung für die Strukturen der Pflege keinesfalls einfach die Instrumente der Krankenhausplanung auf die Pflege ausdehnen.

Da feststeht, daß neben den Krankenkassen auch die Kommunen weiterhin in erheblichem Umfang zu den Kosten der Pflege beizutragen haben, bietet es sich an, Arbeitsgemeinschaften zur Planung der Pflege auf Landes- und kommunaler Ebene gesetzlich vorzuschreiben, an denen neben den Ländern und Gemeinden die Krankenkassen und die Träger der Pflegeeinrichtungen beteiligt sind.

In diesen Arbeitsgemeinschaften sind neben der quantitativen Bedarfsplanung gemeinsam die Konzepte zur qualitativen Planung zu erarbeiten, die Grundlage sowohl der Investitionsförderung wie auch der Folgekosten, d. h. der Pflegesatzgestaltung, werden.

4. Entwicklung bei den Kostenträgern

Welches Gewicht der Beteiligung der Kommunen und der Einrichtungsträger neben der der Krankenkassen an der Planung und Konzeptentwicklung beikommt, um einseitige, vornehmlich an der jeweiligen Interessenslage eines Beteiligten orientierte Fehlentwicklungen auszuschließen, zeigt die Entwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Obwohl die Krankenkassen seit dem 1. 10. 74 durch das Inkrafttreten des Rehabilitations-Angleichungsgesetzes verantwortlicher Rehabilitationsträger für die geriatrische Rehabilitation sind, können Aktivitäten der Krankenversicherung i. S. der Einflußnahme auf die Entwicklung geriatrischer Rehabilitationskonzepte leider erst nach dem 31. 12. 88, also nach Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes, nachvollzogen werden.

So haben z. B. die Rheinischen Krankenkassenverbände unter der Federführung des AOK-Landesverbandes Rheinland die „Grundsätze für die Planung der Versorgungsstrukturen im geriatrischen Bereich“ vom 23. 5. 90 verabschiedet.

Diese Grundsätze weisen folgende Versorgungsformen aus:

- a) Frührehabilitation im Krankenhaus,
- b) in die Akutbehandlung integrierte Rehabilitation (voll- oder teilstationär),
- c) ambulante Rehabilitations-/Anschlußheilbehandlung,
- d) Anschlußheilbehandlung in teilstationären Rehabilitationseinrichtungen,
- e) Anschlußheilbehandlung in stationären Rehabilitationseinrichtungen.

Schon die Trennung der Frührehabilitation im Krankenhaus von der an sich inhalts-, aber doch zumindest wesensgleichen in die Akutbehandlung integrierten voll- und teilstationären Rehabilitation sowie die Verlagerung der an sich auf die Akutphase folgenden Anschlußheilbehandlung in stationären Rehabilitationseinrichtungen ans Ende der für notwendig erachteten Versorgungskette zeigt, daß es den Verfassern nicht um die Erarbeitung bzw. Darstellung bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen geht.

Die nachfolgende Konkretisierung der Therapiekette beschränkt die Möglichkeit der vollstationären Rehabilitationseinrichtungen in Verkennung des tatsächlichen Rehabilitationserfordernisses älterer Menschen auf den Personenkreis, für den andere Angebote nicht ausreichend sind.

Letztlich folgt in den Grundsätzen die eigentliche Intention der Verfasser, wonach es schon *aus ökonomischen Grundsätzen zweckmäßig* ist, Rehabilitationsmaßnahmen in die Akutbehandlung zu integrieren. Gerade an dieser Stelle wird deutlich, daß sich die Krankenkassenverbände offensichtlich nicht mit dem vorhandenen Rehabilitationsbedarf älterer Menschen, insbesondere aber auch nicht mit den zwingenden Inhalten geriatrischer Rehabilitation, den sich daraus ableitenden Anforderungen an die Ausstattung geeigneter Rehabilitationseinrichtungen und bei den vorhandenen Krankenhäusern gemessen daran nur in den seltensten Fällen vorhandenen oder herstellbaren Voraussetzungen für die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen informiert haben.

Die Interessenslage der Krankenversicherung aus der Fehlbelegungsdiskussion läßt das Erfordernis der bedarfsgerechten Planung und Gestaltung der Rehabilitationsangebote für Pflegebedürftige untergehen.

Selbst wohlmeinende Kritiker bescheinigen den Krankenkassen, daß sie sich bisher bei der Umsetzung der Regelungen des Gesundheitsreformgesetzes zur häuslichen Krankenpflege nicht gerade Meriten erworben haben. Viele erhoffen sich von der Verlagerung der ambulanten Pflegeleistungen in das Recht der Pflegeversicherung eine Beseitigung dieser Defizite.

Der Gesetzgeber muß durch klare Regelungen zur interdisziplinären Strukturverantwortung im Pflegeversicherungsschutz ausschließen, daß sich derartige Defizite in der Verantwortung der Krankenversicherung im Bereich der stationären Pflege und Rehabilitation Pflegebedürftiger überhaupt erst entwickeln können.

Den Krankenkassen kann zur Aufarbeitung ihrer offensichtlich einseitig interessenorientierten Problem-sicht nur nachdrücklich das Studium des Diskussionsentwurfes eines Geriatriekonzeptes des Sozialministers des Landes Baden-Württemberg vom 19. 6. 89 empfohlen werden, der die geriatrische Anschlußheilbehandlung und das Erfordernis vollstationärer Rehabilitation in der richtigen Reihenfolge des bedarfsgerechten therapeutischen Konzeptes sachgerecht gewichtet widerspiegelt.

5. Zusammenfassung

Die Träger geriatrischer Dienste haben trotz der in der Sozialhilfe bestehenden Investitions- und Folgekostenhemmnisse dem sich wandelnden Bedarf angepaßte, abgestufte, interdisziplinäre, auf Wiederherstellung bzw. Verbesserung der Selbsthilfefähigkeit des Pflegebedürftigen abzielende ambulante, teilstationäre und stationäre Versorgungsstrukturen entwickelt.

Die Pflegeversicherung muß neben der Finanzierung der Pflegekosten die derzeit durch Abgrenzung zwischen Sozialversicherungsträgern und Sozialhilfe bestehenden Barrieren bei der Inanspruchnahme interdisziplinärer, insbesondere rehabilitativer Pflegeangebote beseitigen und die Weiterentwicklung der entsprechenden Konzepte auf Planungsgrundlagen stellen, die die Erfahrung aller Systembeteiligten (Länder, Kommunen, Krankenkassen, Einrichtungsträger) einbindet.

Um die Dominanz bestimmter Eigeninteressen der Systembeteiligten auszuschließen, wird vorgeschlagen, auf gesetzlicher Grundlage Arbeitsgemeinschaften zur Konzeptentwicklung, Planung und Koordination auf kommunaler und Landesebene vorzuschreiben.

Inhaltlich sind die Träger der Rehabilitation der noch Erwerbstätigen aufgefordert, präventive Elemente zur Vorbeugung gegen Alterskrankheiten bereits in die Rehabilitation während des Arbeitslebens einzubauen. Dies erfordert insbesondere während der Rehabilitationsmaßnahmen für Erwerbstätige den Einsatz diagnostischer Methoden zur Erkennung sich ankündigender Alterskrankheiten, aber auch therapeutische Angebote wie z. B. Konzentrations- und Merkfähigkeitstraining und dergleichen mehr.

Die Diskussion über die geriatrische Rehabilitation muß entideologisiert, an den individuellen Rehabilitationsbedarf und letztlich an den jeweiligen Träger zugänglich gebunden werden. Die Krankenhäuser müssen sich darauf konzentrieren, die Frührehabilitation während der Krankenhauspflege aufzubauen und als normalen Therapiebestandteil zu praktizieren. Mit dem Ende der Krankenhauspflegebedürftigkeit ergeben sich aus dem Rehabilitationsziel Hilfe zur Selbsthilfe rehabilitations-therapeutische Erfordernisse, die im wesentlichen trainierende Methoden beinhalten und u. a. auch auf Verhaltensmodifikation abzielen. Für die Durchführung dieser Rehabilitationsbehandlung fehlen dem Krankenhaus in der Regel die Voraussetzungen. Es wäre gesundheitsökonomisch unsinnig, die Krankenhäuser mit entsprechendem finanziellen Aufwand ergänzend auszustatten, während die vorhandenen stationären Pflegeangebote im Rahmen der aktivierenden Pflege in der Regel bereits über entsprechende Grundlagen verfügen, die mit einem wesentlich geringeren finanziellen Aufwand ergänzt werden können.

Beim Zugang des Patienten zur Rehabilitation über den niedergelassenen Arzt werden in der Regel ambulante und teilstationäre Maßnahmen im Mittelpunkt stehen, die von allen Einrichtungen erbracht werden können, die die Voraussetzungen für die Durchführung geriatrischer Rehabilitationsmaßnahmen erfüllen. □

Pfändungsfreigrenzen für ganz Deutschland werden erhöht

Der Rechtsausschuß sowie der Ausschuß für Arbeit und Sozialordnung haben sich einstimmig für eine Erhöhung der Pfändungsfreigrenzen ausgesprochen und auch die neuen Sätze, die die Bundesregierung in ihrem Gesetzentwurf vorgeschlagen hat, befürwortet. Danach sind alleinstehende Personen bis zu einem Betrag von 1 219,99 DM nicht pfändbar. Bei einer Unterhaltspflicht für zwei Personen liegt die Pfändungsfreigrenze bei 2 039,99 DM. Wer fünf und mehr Personen zu versorgen hat, hat ein unpfändbares Einkommen von 3 099,99 DM.

Einstimmig beschlossen die Ausschüsse ebenfalls, daß die erhöhten Pfändungsfreigrenzen in allen Teilen Deutschlands gelten sollen. Die Bundesregierung hatte in dem Entwurf ursprünglich vorgeschlagen, daß die neuen Pfändungsfreigrenzen in den neuen Bundesländern erst nach einer Übergangszeit greifen sollten.

Die SPD hatte darüber hinaus eine Ankoppelung der Pfändungsfreigrenzen an die Sozialhilfesätze gefordert, um das Auseinanderklaffen von Pfändungsfreigrenzen und Sozialhilfesätzen in Zukunft zu vermeiden. Dem widersprachen die Koalitionsfraktionen, räumten allerdings die Notwendigkeit ein, die Angemessenheit der Pfändungsfreigrenzen häufiger zu prüfen. Einen Automatismus mit Koppelung an die Sozialhilfesätze lehnten sie jedoch ab. Über das Gesetz wird das Plenum des Deutschen Bundestages noch im Frühjahr endgültig entscheiden. □

Anschriften der Autoren:

Dr. Hermann Barth,
EKD-Kirchenamt
Herrenhäuser Str. 12, 3000 Hannover 21

Günter Pehl,
Bugenhagenstr. 29, 5000 Köln 80

Harry Fuchs,
Quadenhofstr. 44, 4000 Düsseldorf

Johann Hermann,
Boite Postale 465, F-06008 Nice-Cedex

Josef Schießl,
Wirtschafts- und Sozialausschuß der EG
Rue Ravenstein 2, B-1000 Brüssel/Belgien

Edzard Ockenga,
DGB-Landesbezirk
Schwanthaler Str. 64, 8000 München 2