
Neue Konzepte in der Sozialen Sicherung*)

Konzeption für zukünftige Gesundheitssicherung — Integriertes System der medizinischen Versorgung**)

Mängel und Lücken in der Gesundheitssicherung und der ärztlichen Versorgung heute

Die großen Möglichkeiten von Medizinwissenschaft und -technik werden in der Bundesrepublik nicht in vollem Maße, nicht in dem erforderlichen Tempo und nicht unter ausreichender Berücksichtigung des "Wirtschaftlichkeitsgebotes zum Wohle aller Bürger in die Praxis umgesetzt. Die moderne Industriegesellschaft birgt besondere Gefahren für die Gesundheit, zum Beispiel: krankmachende Bedingungen der Arbeitswelt, Belastungen

*) Die folgenden Beiträge zur Gesundheitssicherung und zur Altenhilfe sollen in beispielhafter, wenn auch stark gekürzter Form darstellen, wie besondere Problembereiche der Sozialen Sicherung in integrierter Form weiterentwickelt werden können, wobei alle Aspekte von der Möglichkeit zur Selbstentfaltung, über die Beteiligung der Betroffenen, die Organisationsformen und die Finanzierung untereinander verbunden werden, D. Red.

**) Vgl. zu den folgenden Ausführungen: Gesundheitspolitisches Programm des Deutschen Gewerkschaftsbundes, Düsseldorf 1972; Jahn, E., Jahn, H.-J., Krasemann, E. O. Mudra, W., Rosenberg, P., Rudolph, F., Thie-meyer, T., Die Gesundheitssicherung in der Bundesrepublik Deutschland — Analyse und Vorschläge zur Reform, WSI-Studie zur Wirtschafts- und Sozialforschung Nr. 20, 1. Aufl. 1971, 3. Aufl. 1973, Bund-Verlag, Köln. — Jahn, E., Integriertes System der medizinischen Versorgung — Ein Modell —, in: WSI-Mitteilungen, H. 4, 1974, S. 122 ff., noch unveröffentlichte Arbeiten des Gesprächskreises „Integrierte Systeme medizinischer Versorgung“ beim WSI und des Arbeitskreises „Leistungskomplexhonorar“ beim WSI.

der Umwelt, Körperschäden durch Verkehrsunfälle, aber auch durch die Technisierung mitbewirkte gesundheitswidrige Verhaltensweisen und Lebensgewohnheiten. Allgemeine präventive Maßnahmen zur Sicherung der Gesundheit fehlen vielfach.

Die ärztliche Versorgung ist orientiert an der Behandlung von Krankheiten (kurative Medizin); die psychischen und sozialen Interdependenzen von Gesundheit und Krankheit sowie Aufgaben der Vorsorge und Früherkennung werden ungenügend angeboten, jedoch auch von der Bevölkerung zu gering in Anspruch genommen. Gegenüber vergleichbaren Ländern sind in der Bundesrepublik die Säuglings- und Müttersterblichkeit, Kreislauf- und Krebs-Sterblichkeit zu hoch, scheiden zu viele Menschen aus Krankheitsgründen vorzeitig aus dem Erwerbsleben aus, werden pflegebedürftige alte Menschen und psychisch Kranke unzureichend versorgt.

Das bestehende Gesundheitswesen ist gekennzeichnet durch einen ungeplanten Wildwuchs nebeneinanderher arbeitender Einrichtungen, starr voneinander getrennter ambulanter und stationärer ärztlicher Versorgung (Monopolanspruch der Kassenärztlichen Vereinigungen), ungleichmäßige regionale Verteilung der Ärzte (Unterversorgung ländlicher und Randgebiete von Ballungszentren), Fehlinvestitionen, unausgelastete Kapazitäten, (Fehlbelegungen von Krankenhausbetten), diagnostisch-technische (vermeidbare) Doppel- und Mehrfachleistungen, Einkommensverzerrungen zwischen verschiedenen Arztgruppen usw.

Zielvorstellungen

Ziel gewerkschaftlicher Gesundheitspolitik ist, jedem Bürger in gleichem Umfang und ungeachtet seiner wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse die Chance zu geben, Maßnahmen zur Erhaltung und — im Krankheitsfalle — zur bestmöglichen Wiederherstellung seiner Gesundheit in Anspruch zu nehmen; d. h. *optimale* Gesundheitssicherung und *optimale* medizinische Versorgung. Zur optimalen Sicherung der Gesundheit zählen: Maßnahmen der Gesundheitsbildung, Gesundheitsberatung, Vorsorgemaßnahmen. Optimale medizinische Versorgung bedeutet: Angebot und Durchführung von Früherkennungsmaßnahmen, Maßnahmen der ambulanten, stationären und teilstationären Behandlung und Rehabilitation ohne Unterbrechung bis zum bestmöglichen Behandlungserfolg und ggf. Maßnahmen zur sozialen und beruflichen Wiedereingliederung. Dabei muß jeder einzelne entsprechend dem Solidaritätsprinzip selbstverantwortlich mitwirken.

Die heutige Struktur des Gesundheitswesens wird der Verwirklichung dieser Zielvorstellungen nicht gerecht.

Reformvorschläge

1. Gesundheitssicherung

Zur Erfüllung der Zielvorstellungen bedarf es einer Reform des bestehenden Gesundheitswesens. Die Aufgaben der Gesundheitssicherung müssen bestimmt und dafür geeignete Methoden demokratisch legitimierter Einflußnahme auf die Änderung von Verhaltensweisen der Menschen entwickelt werden; die erforderlichen institutionellen Voraussetzungen müssen geschaffen und Finanzierungsmechanismen entwickelt werden, die zur Regelung und Steuerung der verschiedenen Institutionen auf das Ziel einer Kooperation in einem System integrierter medizinischer Versorgung hin geeignet sind.

a) Die *Aufgaben* sind mit den Zielen optimaler Sicherung der Gesundheit und optimaler medizinischer Versorgung beschrieben. In den Bereichen Vorsorge und Früherkennung sind besonders umfangreiche Forschungsarbeiten erforderlich, die es ermöglichen, den Katalog gesetzlich einzuführender Früherkennungsmaßnahmen auszuweiten und Vorsorgeprogramme zu entwickeln. Vorsorge bedeutet gezielte Gesunderhaltung und

Maßnahmen zur Verhütung von Krankheiten. Dazu müssen Risikofaktoren und risikoträchtige Zustände durch gezielte, periodische Filteruntersuchungen (Vorsorgeuntersuchungen) entdeckt und durch anschließende Vorsorgeberatung bekämpft werden. Der allgemeine Gesundheitsschutz (Arbeits-, Unfall-, Umweltschutz usw.) ist auszubauen.

b) Ambulante und/oder stationäre medizinische Behandlung muß ohne Unterbrechung bis zum bestmöglichen Behandlungserfolg durchgeführt werden. Wenn erforderlich, sind Rehabilitationsmaßnahmen — über die sog. medizinische Rehabilitation hinaus — zur sozialen und beruflichen Wiedereingliederung lückenlos anzuschließen.

c) Durch Einbeziehung sozialwissenschaftlicher Forschungsergebnisse in die angewandte Medizin müssen die in den Arbeits- und Lebensbedingungen der Industriegesellschaft begründeten krankmachenden Faktoren und negativen gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Einflüsse ausgeschaltet werden (Gesundheitspolitik in Wechselbeziehungen zu anderen Bereichen der Gesellschaftspolitik).

2. Struktur der medizinischen Versorgung

Das *integrierte System* muß die zukünftige Struktur der medizinischen Versorgung bestimmen. Einige funktionale Hauptmerkmale dieses integrierten Systems medizinischer Versorgung sind:

- Arbeitsteilung, Kooperation und Kommunikation zwischen den Ärzten und anderen medizinischen und sozialen Fachberufen innerhalb der Einrichtungen und zwischen diesen,
- rationeller Einsatz und gemeinsame, wirtschaftliche Nutzung der diagnostischen Technik,
- räumlich gleichmäßige und gleichwertige Verteilung der Einrichtungen,
- regional und funktional abgestimmte Kapazitäten der ambulanten und stationären/teilstationären Versorgung,
- wirtschaftliche Nutzung und Führung der Einrichtungen.

Das integrierte System soll bewirken, daß die Aufgaben der medizinischen Versorgung optimal, mit dem geringstmöglichen Aufwand, erfüllt werden. Dazu müssen die heute weitgehend autonom nebeneinander arbeitenden Teilbereiche des Gesundheitswesens organisatorisch und technisch miteinander verzahnt und durch gemeinsame Einrichtungen miteinander verbunden werden: nach den Vorstellungen der Gewerkschaften durch Medizintechnische Zentren (MTZ) und Zentrale Informationssysteme (ZIS).

Zu den Institutionen des integrierten Systems der medizinischen Versorgung von Regionen gehören:

- Einrichtungen der ambulanten Versorgung (fachübergreifende Gruppenpraxen als zukünftige partnerschaftliche Form der Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzte, Einzelpraxen und andere Organisationsformen),
- Medizinische Gemeindezentren (erfüllen die Pflegefunktionen der Gemeindegemeinschaften und bestimmte Leistungen der medizinischen Versorgung selbständig),
- Einrichtungen der teilstationären Versorgung (Tag- oder Nachtkliniken) und der stationären Versorgung (gegliederte Krankenhäuser der Regel-, der Zentral-, der Maximalversorgung; funktionale Differenzierung der Krankenhäuser; ambulante Diagnostik, Vor-, Nach- und Weiterbehandlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser auf Spezialgebieten, erforderlichenfalls Öffnung der Krankenhäuser zur allgemeinen ambulanten Behandlung; Reform der inneren Strukturen, Mitbestimmung), Sondereinrichtungen zum Beispiel für psychisch Kranke.

- Medizintechnische Zentren (in räumlicher Verbindung zum Krankenhaus errichtet; enthalten modernste, hochleistungsfähige medizintechnische Geräte, erheben mit rationellen Methoden Befunde und stellen diese den behandelnden Ärzten in *allen* Einrichtungen des integrierten Systems für Diagnose und Therapie zur Verfügung; ermöglichen grundsätzlich nicht-stationäre Diagnostik und die Einführung einer standardisierten Basisuntersuchung),
- Zentrale Informations- und Dokumentationssysteme (speichern die erhobenen Untersuchungsergebnisse; diese können — unter Beachtung des Datenschutzes — von anderen Teilbereichen des integrierten Systems abgerufen werden),
- Öffentlicher Gesundheitsdienst (mit Gesundheits- und Umweltschutz-Aufgaben, Gesundheitsvorsorge, Hygiene, Gesundheitsbildung, Beratung, Jugendgesundheits- und Jugendzahnpflege, Sozialmedizin usw.),
- Gemeinsamer Sozialmedizinischer Dienst (als Beratungs- und Begutachtungsgremium für die Sozialleistungsträger),
- Überbetrieblicher Betriebsmedizinischer Dienst (unabhängig von der Betriebsgröße).

3. Steuerungsinstrumente

Die Realisierung der gesundheitspolitischen Forderungen, die Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, die Bewältigung der regionalen Verteilungsprobleme usw. erfordern Planung und die Entwicklung von Finanzierungsinstrumenten für die wirtschaftliche Verwendung der knappen Mittel.

a) Planung: Für den gesamten Bereich des Gesundheitswesens ist Planung erforderlich. Für die Bedarfsplanung sind bundeseinheitliche Kriterien (Normen und Standards) festzulegen. Die Planung der integrierten medizinischen Versorgung muß auf Bundesebene (Rahmenkompetenz), Länderebene und der Ebene von Regionen erfolgen und den ambulanten und stationären Bereich sowie die medizinischen Dienste umfassen. Die Planung soll gemeinsam von einer Selbstverwaltungskörperschaft (aus Vertretern der Versicherten der Krankenversicherung, der Kassenärztlichen Vereinigungen und der anderen Gesundheitsberufe, von Krankenhausträgern und der öffentlichen Hand) durchgeführt werden.

b) Finanzierungsmechanismen: Gesundheitspolitisch erwünschte Wirkungen können von einer entsprechenden Struktur, z. B. der ärztlichen Gebührenordnung und der in Krankenhausfinanzierungsgesetz und Bundespflegesatzordnung zu regelnden Investitions- und Benutzerkosten bei stationärer Behandlung, ausgehen.

Die *Gebührenordnung* muß als gesundheitspolitisches Steuerungsinstrument gestaltet werden. Ihre *Struktur* muß bundeseinheitlich von einem Beirat bei der Bundesregierung (bestehend aus Vertretern der Krankenversicherung, der Ärzte und der Wissenschaft) beratend festgelegt und periodisch dem Stand von Medizinwissenschaft und -technik angepaßt werden. Die Fehlanreize, die durch die reine Einzelleistungsvergütung in der ärztlichen Leistungserbringung gesetzt werden, können nach Ansicht der Gewerkschaften durch ein Honorierungssystem nach *Leistungskomplexen* überwunden werden. Zumindest für den primär-ärztlichen Bereich können solche Leistungskomplexe — differenziert z. B. nach Akutbehandlung, Diagnosestellung, Behandlung chronischer Krankheiten — sinnvoll gebildet werden und in Kombination mit Einzelleistungen die Struktur der ärztlichen Gebührenordnung bestimmen.

Die *Punktwerte* der Leistungskomplexe und der Einzelleistungen sollten von der Selbstverwaltung der Krankenversicherung und der Ärzteschaft ausgehandelt werden, nach dem Vorschlag der Gewerkschaften allerdings in zentralen Honorarverhandlungen und unter Berücksichtigung gesamtwirtschaftlicher Daten.

Bund, Länder und Gemeinden sollen nach Vorgabe bestimmter Kriterien die Finanzierung der *Erst- und Ersatzinvestitionen* einschließlich der Instandhaltungs- und Instandsetzungskosten für *Krankenhäuser* sicherstellen. Dabei müssen leistungsfähige bedarfsgerecht gegliederte Krankenhäuser geschaffen, unwirtschaftliche kleine geschlossen werden. Orientierungsgröße muß die Pflegeintensität sein, nicht die Bettenzahl.

Die *Benutzerkosten* müssen der Kostenentwicklung wirtschaftlich geführter Krankenhäuser entsprechen und als Steuerungsmechanismus zur Regulierung der Verweildauer dienen. Sie sollen weitgehend pauschal festgelegt und degressiv gestaltet und in Diagnose-, Therapie- und „Hotel“-Kosten unterteilt werden. Die Krankenhäuser müssen nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten von einem funktionstüchtigen Management geleitet werden.

Die Position der sozialen Krankenversicherung muß bei der Arzneimittel-Preisgestaltung durch unmittelbare Teilnahme in einem entsprechenden Selbstverwaltungsgremium aller Beteiligten gestärkt werden.

Das hier nur äußerst knapp skizzierte Reformmodell stellt nach Meinung der Gewerkschaften eine praktikable Lösungsmöglichkeit dar. Die Gewerkschaften rufen alle beteiligten Gruppen auf, Beiträge zur allseits als notwendig erkannten Reform des Gesundheitswesens zu leisten und vorurteilslos die Praktikabilität in Modellversuchen zu erproben.

Selbstverwaltung

Die vielfältigen Aufgaben optimaler Gesundheitssicherung und optimaler medizinischer Versorgung erfordern eine Neuorientierung der gesetzlichen Krankenversicherung über die traditionelle Betreuung Kranker hinaus zur Betreuung noch Gesunder. Dazu muß die Selbstverwaltung der Krankenversicherung Gestaltungsräume erkennen und ausfüllen. Auf die alte Gewerkschaftsforderung, daß die Selbstverwaltung der sozialen Krankenversicherung ausschließlich Sache der Versicherten ist, sei hier nochmals verwiesen.

Das Aufgabengeflecht kann nur optimal bewältigt werden, wenn alle Beteiligten in gemeinsamer Selbstverwaltung zusammenwirken. Solche Selbstverwaltungskörperschaften im Gesundheitswesen sollten auf verschiedenen Ebenen — in der Region, im Land und im Bund — gebildet werden. Ihr sollen angehören Vertreter der Versicherten, der im Gesundheitswesen Beschäftigten, der Parlamente und der Regierungen. In deren gemeinsamer Verantwortung sollen die Planung der Einrichtungen und der Leistungen der integrierten medizinischen Versorgung sowie der Planvollzug liegen.

Die Gewerkschaften stellen prononciert heraus, daß eine aktive, eigeninitiativ wirkende Selbstverwaltung im Gesundheitswesen flexibler, effizienter und versichertennäher die Probleme bewältigen kann als ein bürokratisch-starrer staatlicher Gesundheitsdienst.

Wolfgang Mudra, WSI

Ein Gesamtversorgungssystem der Altenhilfe *)

Die derzeitige Altenhilfe

Die materielle und immaterielle Lebenslage älterer Menschen ist oft derart ungünstig, daß sie ihre Besserung aus eigener Kraft und Initiative nicht erreichen und/oder drohende

*) Das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut des DGB in Düsseldorf hat in einer interdisziplinären Studie die Lebenslage älterer Menschen untersucht. Darin wurde u. a. ein Gesamtversorgungssystem der Altenhilfe entwickelt, dessen Grundzüge hier dargestellt werden.

Gefahren nicht abwehren können. Bestimmungsmerkmale für die positive oder negative Beeinflussung der Lebenslage älterer Menschen sind u. a. Alter, Geschlecht, Familienstand, ehemaliger Beruf, Schulbildung, Einkommen und Vermögen, soziale Kontaktfelder, individuelle Aktivitäten, Gesundheitszustand, Wohnverhältnisse und das Angebot an ambulanten Diensten und sozialen Hilfen. Der Verlust an physischen und psychischen Kräften und sozialen Bezügen ist eine wesentliche Ursache des Bedarfs an Hilfen für den älteren Menschen. Hauptaufgabe für den Gesellschaftsgestalter ist es daher, ein qualitativ und quantitativ ausreichendes Angebot an Dienstleistungen zu schaffen, die dem älteren Menschen gewährleisten, [möglichst lange ein Leben in Selbständigkeit amter Aufrechterhaltung bzw. Wiedergewinnung von Sozialfunktionen zu führen. Dabei sollte das Interesse und die Fähigkeit zur Eigenverantwortung, zur Selbsthilfe und zur Eingliederung bzw. Wiedereingliederung in die Gesellschaft geweckt, erhalten und gefördert werden. In bezug auf diese Zielsetzung weist die derzeitige Altenhilfe vielfältige Mängel und Lücken auf. Das Fehlen einer wirksamen Koordinierung der Maßnahmen und mangelnde Kooperation der Hilfe- und Leistungsträger führen zur Unter- oder Überversorgung sowohl im Bereich der offenen wie der geschlossenen Altenhilfe. Fehlende ambulante Dienste und soziale Hilfen zwingen vielfach den älteren Bürger zur Heimübersiedlung und damit zur Aufgabe seiner selbständigen Lebensführung. Deshalb ist eine bedarfsgerechte Auswahl von Hilfearten dringend erforderlich.

Die Strukturen der Einrichtungen der „geschlossenen“ Altenhilfe entsprechen vielfach nicht der Zielsetzung einer wirksamen Altenhilfe. Der Weg nach der Einweisung zurück in die eigene Wohnung ist für die meisten älteren Menschen versperrt. So stellt das Fehlen von Rehabilitationsmöglichkeiten sowohl in Altenheimen, in Pflegeheimen/Krankenheimen als auch in psychiatrischen Krankenhäusern einen wesentlichen Kritikpunkt dar. Die Möglichkeiten der Aktivierung und der Rehabilitation älterer Menschen in der geschlossenen Altenhilfe können vielfach heute aufgrund baulicher Mängel bestehender Einrichtungen und personeller Unter- oder Fehlbesetzung nicht genutzt werden¹⁾. Es reicht nicht aus, das Angebot an Diensten und Leistungen innerhalb der bereits bestehenden Strukturen und Zuständigkeiten zu erhöhen; es erscheint dringend erforderlich, eine Neuverteilung bzw. Verlagerung der Gewichte bei den Hilfearten vorzunehmen, den zukünftigen Bedarf zu planen, eine Koordination aller Hilfen und die Kooperation der Hilfe- und Leistungsträger zu erreichen.

Dienste für ältere Menschen dürfen sich nicht auf die „geschlossene“ Hilfe beschränken, sie müssen vielmehr auch als „offene“ Hilfe angeboten werden. Werden zum Beispiel pflegebedürftige ältere Angehörige in den Familien gepflegt, fehlt es neben ausreichender finanzieller Unterstützung und der sozialen Sicherung der pflegenden Person vor allem an der Unterstützung und Beratung durch ausgebildetes Pflegepersonal und therapeutisches Personal im ambulanten Bereich. Schulung und Information (z. B. über das Bundessozialhilfegesetz) der Pflegeperson sind nicht oder nicht ausreichend vorhanden. Diese Mängel führen häufig zu krisenhaften Familiensituationen und bewirken vielfach den Entschluß, den Pflegebedürftigen der geschlossenen Altenhilfe zu überantworten²⁾.

Deshalb sollte ein Gesamtversorgungssystem aufgebaut werden, in dem allen älteren Bürgern im Bedarfsfall die notwendigen und wünschenswerten Hilfen zur Verfügung stehen. Das Gesamtversorgungssystem bezieht sich mit seinen gemeindenah zu orientie-

1) Pflegepersonalschlüssel von 1:2,5 sind in der Bundesrepublik Deutschland Einzelfall vorhanden etwa im Geriatrischen Krankenhaus in Hofgeismar. Pflegepersonalschlüssel von 1:10 und maximal von 1:5 verhindern jegliche aktivierende Pflege.

2) Lange, U., Der Einfluß der Pflegebedürftigkeit chronisch kranker älterer Menschen auf die Familiensituation im Mehrgenerationenhaushalt — Eine sozialempirische Studie im Stadtgebiet Köln, Köln 1973, S. 103 f.

renden Diensten auf eine bestimmte Region, z. B. einen Stadtbezirk, mit möglichst natürlicher Begrenzung des Einzugsbereichs³⁾.

Reformvorschläge

a) Grundsätze zum Gesamtversorgungssystem

Außer einer ggf. notwendigen Berichtigung und Verbesserung bereits bestehender Angebote müssen die bisher nicht existierenden, aber im Gesamtversorgungssystem vorgesehenen Dienste ins Leben gerufen werden.

Dies geschieht entweder durch gemeinsame Planung nach Absprache mit dazu bereiten Helfeträgern, die solche Maßnahmen künftig durchführen, oder aber unmittelbar durch das Gemeinschaftshilfezentrum. Dieses durch die Arbeitsgemeinschaft der Hilfe- und Leistungsträger zu gründende Gemeinschaftshilfezentrum ist einerseits Leistungsbestandteil der sozialen Hilfen, andererseits ist es als Inhaber der Koordinierungsfunktion Element des Gesamtversorgungssystems. Dadurch bietet das Gemeinschaftshilfezentrum im ersten Fall die unmittelbare Hilfe für den hilfeschuchenden älteren Menschen, im letzteren Fall die mittelbare Hilfe durch Tätigwerden für die Hilfe- und Leistungsträger.

Soweit dies der Sache nach möglich ist, beziehen sich alle Angebote innerhalb des Gesamtversorgungssystems grundsätzlich auf offene Hilfen, ambulante Dienste, halb-offene-teilstationäre Hilfen und geschlossene Hilfen. Ein Beispiel dafür ist die Rehabilitations-Behandlung. Der Hilfeempfänger sucht entweder die Behandlungsräume für die Dauer der Übungsstunden auf bzw. wird dort hingefahren (offene Hilfe) oder ein mobiles therapeutisches Team — hier zu denken an Krankengymnastin und Ergotherapeutin — sucht ihn zu Hause auf (ambulanter Dienst) oder er wird für die Behandlungsdauer Patient des Tagespflegeheims (halboffene-teilstationäre Hilfe) oder es erfolgt die vorübergehende stationäre Aufnahme im Altenkrankenheim (geschlossene Hilfe).

Die dem Betroffenen im Anschluß an die Bedarfsanalyse vorzuschlagende Entscheidung sollte stets der Hilfeart gelten, die am geringsten in die persönlichen Verhältnisse eingreift und am meisten aktivierend wirkt, soweit der Zustand dies zuläßt. Eine zeitliche Abstufung muß grundsätzlich in beiden Richtungen ermöglicht werden, also auch von der geschlossenen Hilfe zurück zur halboffenen-teilstationären Hilfe und zur offenen Hilfe, nicht nur umgekehrt.

Es soll allerdings nicht allein eine Kombination verschiedener Angebote innerhalb einer Hilfeart, sondern auch eine Kombination verschiedener Hilfearten verwirklicht werden. Dies bedeutet z. B. für den Heimbewohner (.geschlossene Hilfen), daß er Leistungen eines anderen Heims oder des Krankenhauses oder des Altenklubs in offener Hilfe in Anspruch nimmt, daß seine Information und Beratung durch Besuch bei ihm als ambulanter Dienst erfolgt.

Die Bündelung von Maßnahmen verschiedener Träger zur Deckung des individuellen Hilfebedarfs muß zur Regel werden. Unabhängig von der Unterscheidung nach Hilfearten (offene Hilfen, ambulante Dienste, halboffene-teilstationäre Hilfen, geschlossene Hilfen) sind Krankenhilfe (ärztliche Behandlung), Pflegehilfe (Hauskrankenpflege, Pflege in Institutionen, Hilfe zur Körperpflege) und soziale Hilfe (Haushaltshilfe, Einkaufshilfe, Essen auf Rädern, Wäschedienst) die Elemente des Gesamtversorgungssystems, aus denen sich die einzelnen Angebote ergeben.

3) Mit einigen Abwandlungen kann dieses hier zu behandelnde System auch im außerstädtischen, ländlichen Bereich wirksam werden.

b) *Bildung einer Arbeitsgemeinschaft der Hilfeträger*

Um ihre Aktivitäten in dieses System einzubringen und eine koordinierte Zusammenarbeit zu gewährleisten, bilden die Hilfe- und Leistungsträger eine Arbeitsgemeinschaft. Dazu gehören außer den kommunalen Dienststellen, den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege und den Kirchengemeinden auch alle bestehenden und künftigen Einrichtungen der genannten Leistungsträger. Krankenhäuser, niedergelassene Ärzte, Sozialversicherungsträger, das Arbeitsamt und weitere für eine Zusammenarbeit bei der Durchführung von Hilfen in Betracht kommende Organisationen usw. sollten mindestens beratend mitwirken. Die Arbeitsgemeinschaft soll außer dem Aufbau des Gesamtversorgungssystems die Funktionen des zu errichtenden Gemeinschaftshilfezentrums ermöglichen und fördern.

c) *Künftige Ziele einer Arbeitsgemeinschaft*

- Zusammenarbeit innerhalb des Gesamtversorgungssystems durch Einbringung aller bestehenden und künftigen Aktivitäten.
- Abstimmung von Planungsvorhaben⁴⁾ und gegenseitige Unterstützung.
- Aufgabenverteilung als gemeinschaftliche Entscheidung darüber, welche Hilfen von welchem Träger in Einzelverantwortung⁵⁾ wahrgenommen werden sollen.

d) *Das Gemeinschaftshilfezentrum*

Das durch die Arbeitsgemeinschaft der Hilfe- und Leistungsträger zu gründende Gemeinschaftshilfezentrum ist einerseits Leistungsbestandteil der sozialen Hilfen, andererseits ist es als Inhaber der Koordinierungsfunktion Element des Gesamtversorgungssystems. Dadurch kommt es im ersteren Falle zu einer unmittelbaren Arbeit für alle Hilfesuchenden, im letzteren Fall zur mittelbaren Hilfe durch Tätigkeiten für die Hilfe- und Leistungsträger.

e) *Unmittelbare Aufgaben des Gemeinschaftshilfezentrums*

Das Gemeinschaftshilfezentrum hat im Verhältnis zu den Hilfesuchenden bzw. -empfängern folgende Aufgaben:

- Der anzusprechende Personenkreis bedarf in seiner besonderen Lebenslage einer *Information und Beratung durch fach- und sachkundige Personen*, z. B. Ärzte, Sozialarbeiter, Pädagogen usw. Es geht dabei vor allem um die Erteilung von Auskünften über Fragen des täglichen Lebens, über Hilfemöglichkeiten und Angebote zur Verbesserung der Existenzbedingungen.
- Je mehr Dienstleistungen aller Art im Gesamtversorgungssystem zur Verfügung stehen, um so wichtiger wird die sorgfältige Feststellung des Bedarfs an Hilfen. Zu die-

4) Die Übereinstimmung mit überregionalen Zielvorstellungen muß gewährleistet werden. Auf diesem Gebiet bedarf es gesetzgeberischer Tätigkeit.

Beispiele für die gegenseitige Unterstützung sind:

- a) Träger X erweitert die Kindertagesstätte seines Krankenhauses (für Kinder seiner Mitarbeiter) um 20 Plätze. Sein eigener Mehrbedarf von etwa 5 Plätzen wird dadurch gedeckt, aber auch der Bedarf des Altenheims vom Träger Y, der keine Kindertagesstätte besitzt. Gegenseitige Unterstützung als Folge der Planungsabstimmung: Y steuert Eigenmittel zu denen von X bei und schließt sich dem Förderungsantrag nachdrücklich an. Die Betriebskosten werden späterhin nach der Zahl der Kinder geteilt;
- b) Träger Z errichtet in seinem Altenkrankenheim eine Rehabilitations-Abteilung. Planungsabstimmung: Zugleich für Institutionen der Träger W, X und Y, um wirtschaftliche und ausgenutzte Kapazitäten zu erhalten. Von W bis Z treten sie als Antragsteller für Investitionsförderungsmittel auf;
- c) Heim A „verleiht“ seine Oberschwester an das neue Heim B, um dort die Anlaufphase zu erleichtern.

5) Wir verstehen Einzelverantwortung im Sinne des § 10, 2 Bundessozialhilfegesetz.

sem Zweck wird im Einzelfall eine Bedarfsanalyse⁶⁾ durchgeführt. Deren Ergebnis bestimmt den Inhalt des anzubietenden Dienstleistungspaketes und bereitet die

— Hilfen zur Erlangung der notwendigen *Kostensicherung*⁷⁾ vor. Sie umfassen den Beistand bei der Stellung entsprechender Anträge und ggf. die Verfolgung von Rechtsansprüchen.

— Im Mittelpunkt der unmittelbaren Aufgaben des Gemeinschaftshilfezentrums steht jedoch der *Vermittlungsdienst* für die verfügbaren und notwendigen Angebote. Es soll sich dabei ergeben, daß dem Hilfesuchenden der Zugang zu allen Diensten in allen Hilfearten vor Beginn und während der Dauer von Maßnahmen durch diese Stelle eröffnet wird. Die Vermittlung umfaßt daher alle Leistungen aller Träger.

— Abgesehen von diesen vier Tätigkeiten kann das Gemeinschaftshilfezentrum aber auch selbst zum Leistungsträger für einzelne Angebote im Rahmen des Gesamtversorgungssystems werden. Dabei wird es sich ausschließlich um Hilfen handeln, die von den vorhandenen Trägern nicht oder nicht ausreichend erbracht werden können oder wollen. Die Wichtigkeit der Rolle eines „Lückenbüßers“ im Gesamtversorgungssystem bedarf keines Beweises. In diesem Zusammenhang würde sich eine solche Funktion auch als *Modell-Erprobung* bei seither fehlenden Leistungen beschreiben lassen.

f) Mittelbare Aufgaben des Gemeinschaftshilfezentrums

Das Gemeinschaftshilfezentrum hat im Verhältnis zu den Leistungsträgern, d. h. zu den Mitgliedern der Arbeitsgemeinschaft, folgende Aufgaben:

— Durch die Übernahme der Gesamtplanung für das Gesamtversorgungssystem und der zugehörigen Gesamtorganisation erfolgt die *Koordinierung der Arbeit der Hilfetragler*. Dazu gehören die Abstimmung und Bündelung von Einzelmaßnahmen verschiedener Träger sowie im Bereich der ambulanten Dienste die Einsatzplanung.

— Als Verbindungsstelle zwischen den Hilfeleistenden wird die *Kooperation der Leistungsträger* gewährleistet.

— Soweit es sich um die Arbeit innerhalb des Gesamtversorgungssystems handelt, findet eine *Vertretung der Hilfetragler nach außen* gegenüber anderen Einrichtungen, Trägern und Behörden statt.

— Für die praktische *Gestaltung der Arbeit* und bei der Lösung entstandener Probleme stellt das Gemeinschaftshilfezentrum die *Beratung der Leistungsträger* (Institutionsberatung)⁸⁾, ggf. durch Hinzuziehung von Fachleuten, sicher.

— Zur Erreichung des generellen Ziels ist eine ständige, allgemeine *Bedarfsmittlung*⁹⁾ und -planung erforderlich.

— Für die Planung und Durchführung der Hilfen werden *Maßstäbe und Grundsätze* teils überprüft, teils erarbeitet werden müssen. Zur Erlangung von Verbindlichkeit dient die Herbeiführung eines entsprechenden Beschlusses der Arbeitsgemeinschaft.

— Zur Erledigung anfallender Verwaltungsaufgaben für das Gesamtversorgungssystem muß eine *Zentralverwaltung* von möglichst gering zu haltendem Umfang bestehen.

6) Bisher lediglich vorhanden in Form von ärztlichen Bescheinigungen, amtsärztlichen Feststellungen und durch Hausbesuche der Sozialarbeiterinnen.

7) Seither schon durch Sozialamt, Sozialstation und im Rahmen der Einzelfallberatungen durch verschiedene Leistungsträger.

8) 2. B. Aufbau einer Kostenstellenrechnung, Aufgabenverzeichnis für Hol- und Bringdienst, Fragen der Mitarbeiter-Fortbildung.

9) Die fehlende amtliche Statistik macht diese Ermittlung noch sehr schwierig, hier muß eine einheitliche Datenerhebung gefordert werden.

g) *Das Altenhilfezentrum im Gesamtversorgungssystem*

Das Altenhilfezentrum ist abhängig von der Bereitschaft der Träger, in der koordinierten Zusammenarbeit einen unverzichtbaren Bestandteil wirklicher Altenhilfe zu sehen. Ziel ist es, daß zwar im Einzelfall jeder ältere Mensch alle Hilfen erhalten kann, deren er bedarf (und die für ihn nützlich sind), aber eine Maßnahme unterbleibt, wenn ein weniger einschneidendes, weniger den älteren Menschen passivierendes und weniger kostspieliges Angebot den zu erreichenden Zweck erfüllen kann.

Als Schwerpunkte dieser Zielvorstellungen sollten angesehen werden:

- Strukturveränderungen in der *geschlossenen* Altenhilfe. Benötigt werden *Altenwohnheime* sowie *Leichtpflegeheime* und *Altenkrankenheime* mit Therapie, Rehabilitation und aktivierender Pflege. Eine Durchlässigkeit aller Institutionen (vor und vor allem auch zurück) muß gewährleistet sein ¹⁰).
- Aufbau der *halboffenen* Altenhilfe mit dem Ziel der Verbesserung der Leistungen der *Altentagesstätte* als Abgrenzung zum *Altenklub*, Schaffung von *Tagespflegeheimen*.
- Veränderung und Erweiterung der *offenen* Altenhilfe. Mitnutzung oft unausgenutzter Kapazitäten in *Heimen*, soziale Hilfen, Rehabilitation.
- Ausbau der *ambulanten* Dienste. Bevorzugung der Aktivierung vor der Versorgung, z. B. Erstellung von *Hol- und Bringdiensten* aller Art, Bereitstellung von *Haushaltshilfen*, *Besuchsdiensten* und *Hauspflege*.
- Einführung der Therapie in die Gesamtleistungen der Altenhilfe. Dazu gehören z. B. die Anerkennung der Behandlungsbedürftigkeit sogenannter *Pflegefälle*, die ärztliche Mitwirkung an der Planung und Durchführung aller Dienste für kranke und behinderte ältere Menschen oder die Einbeziehung des Arztes in Maßnahmen auch nur sozialer Rehabilitation.

Dr. Gisela Kiesau, WSI

¹⁰) Die Durchlässigkeit ist im Rahmen des Gesamtversorgungssystems — und nur da — bis hin zur eingestreuten Altenwohnung möglich.