

## „Der geriatrische Patient zwischen Asylisierung und Anstaltspflege“

Eine medizinische, rechtliche und ökonomische Analyse des österreichischen Versorgungssystems für geriatrische und chronisch kranke Patienten

Masterarbeit zur Erlangung des akademischen Grades eines  
Master<sub>s</sub> of Public Health

Dr. Mag. Dipl.-HTL-Ing. Gerd Karl Hartinger  
Matrikelnummer: 8131270  
Geschäftsführer der Geriatrischen Gesundheitszentren der Stadt Graz  
A-8020, Albert-Schweitzer-Gasse 36

Graz im Juni 2005

## 1 Abstrakt

*„Der Wert einer Gesellschaft wird einmal daran gemessen werden, wie sie ihre Alten behandelt hat.“*

*(Albert Einstein)*

### Hintergrund, Ziel(e), Methodik (Schlüsselwörter), Ergebnisse – max eine Seite!

An der Schnittstelle „Geriatric“ fallen die chronisch kranken geriatrischen Patienten regelrecht durch das Versorgungssystem. Obwohl Pflegeanstalten für chronisch Kranke und geriatrische Krankenhäuser alle gesetzlichen Bestimmungen der Krankenanstalten erfüllen, gelten sie im finanziellen Sinne als „Pflegeheime“ und erhalten daher keine Abgeltung (Krankenkostenersatz) aus der „Leistungsorientierten Krankenhausfinanzierung“ (LKF-System) oder von den Sozialversicherungsträgern. Die Patienten in diesen Einrichtungen gelten als Fälle der „reinen“ Pflege bzw. der Asylisierung; ihnen wird i.d.R. jegliche Vergütung aus der Krankenbehandlung verwährt, wenn sie in einem geriatrischen Krankenhaus oder einer Pflegeanstalt für chronisch Kranke behandelt werden. Obwohl die Behandlung in einer solchen Einrichtung aus der Sicht der Medizin (Beispiel Geriatrisches Assessment), wie auch aus der Sicht der Gesundheitsökonomie häufig die adäquateste und effektivste Versorgung darstellt.

In der vorliegenden Arbeit wird neben einer medizinischen Analyse und Konzeption vor allem auf die rechtliche bedeutende Unterscheidung zwischen Asylisierung und Anstaltspflege, sowie deren ökonomischen Folgen dargestellt. Hier stößt man auf die „Versteinerungstheorie“ der Rechtsgestaltung, die verhindern soll, dass es zu keinen kompetenzrechtlichen Verschiebungen (hier vorwiegend zwischen den Gebietskörperschaften untereinander und hin zum Beitragssystem) mit den daraus resultierenden ökonomischen Konsequenzen kommen soll. Gerade die Versteinerungstheorie führt jedoch dazu, dass eine in Bewegung befindliche sinnvolle Patientenversorgung, rechtlich und finanztechnisch nicht nachgebildet werden kann. Dieser Umstand führt zu großer Diskrepanz zwischen der Versorgungsrealität und der Rechts- und Kompetenzlage bei der Versorgung, zum Schaden des Patienten der Gesundheitsökonomie und der Entwicklung des Gesundheitsversorgungssystems insgesamt. In einem abgestuften Versorgungssystem kann es wohl nicht der Sinn des Gesetzgebers sein, Teile der Krankenbehandlung oder Anstaltspflege, da in einer so genannten Pflegeanstalt für chronisch Kranke oder in einem geriatrischen Krankenhaus erbracht, auszugrenzen und von den betroffenen Patienten selbst finanzieren zu lassen oder in die „Sozialhilfe“ abzuschieben. Eine professionelle Adaption des Versorgungssystems kann wie dargestellt auch zu einer Verringerung der Kosten führen. Die in dieser Arbeit angestrebte Adaption des Systems benötigt jedoch eine durchgehende Konzeption, wobei die Anpassung system-, und interressensbedingt nicht vollkommen friktionsfrei von statten gehen kann. Gerade auch auf Grund der demografischen und epidemiologischen Entwicklung wird eine Adaption jedoch unerlässlich bleiben. Im Sinne der möglichen Gesundheitsgewinne chronisch kranker geriatrischer Patienten und im Sinne der Effektivität und Effizienz des Systems insgesamt lohnt sich die Mühe.

## 2 Einleitung

*„Es kommt nicht darauf an, wie alt man wird, sondern wie man alt wird“* ( Ursula Lehr)

Die steigende Zahl der geriatrischen und chronisch kranken Patienten und die bislang ungelöste Rechts-, Kompetenz- und Finanzierungslage stellen eine wesentliche Herausforderung an unser Gesundheits- und Sozialversicherungswesen. Bislang kaum wahrgenommene Kompetenzprobleme erfahren durch die demografisch und epidemiologisch begründete Zunahme an Betroffenen außerordentliche Bedeutung für das Versorgungssystem. Die chronisch kranken geriatrischen Patienten werden auf Grund der bestehenden unklaren Rechtslage falsch behandelt oder i.d.R. in finanzielle Nöte getrieben und zu Bittstellern im Gesundheits- und Sozialsystem in Österreich. Wie in der Arbeit zu beweisen sein wird, erhalten die Patienten die ihnen zugeordneten Rechte nicht, wenn sie in so genannten Pflegeanstalten für chronisch Kranke behandelt werden. Damit entstehen zwei Arten von geriatrischen chronischen Patienten, die im „LKF-System Behandelten“ und die „Selbstzahler“. Es bestehen zwar zur Deutung der Meinung des Gesetzgebers einige oberstgerichtliche Entscheidungen, die Betroffenen wissen i.d.R. jedoch nicht wie sie zu ihrem Recht kommen können, oder es ist der Rechtsweg so unklar, aufwändig und schwer abzuschätzen, dass die große Mehrheit der Betroffenen auf eine Rechtsklärungsverfahren verzichtet.

Weiters existiert eine große Zahl geriatrischer Patienten, mit dem gleichen Remobilisationspotenzial, die nach Akutkrankenhausaufenthalten in Pflegeheimen kommen und i.d.R. ohne entsprechende Chance auf Rückgewinnung ihrer Selbstständigkeitskompetenz leben müssen.

Die extreme Sektoralisierung der Versorgungseinrichtungen für geriatrische und chronisch Kranke Patienten ist zum Großteil auch auf diese kompetenzrechtlichen und finanziellen Trennungen im Gesundheits- und Sozialwesen zurückzuführen. Die prekäre Lage für chronisch kranke Patienten verlangt nach einer Lösung der Versorgungs- und Behandlungssituation und der zugehörigen Finanzierung. Gerade diese Patienten sind selten in der Lage Selbsthilfevertretungen zu organisieren, sie brauchen die Unterstützung der Gesellschaft.

Ziel dieser Arbeit ist es, die Versorgungsnotwendigkeiten älterer Patienten aus interdisziplinärer Sicht darzustellen und Möglichkeiten aufzuzeigen, wie Gesundheitsgewinne durch integrierte Versorgungskonzepte zu erreichen sind ohne den Sozialstaat und die Volkswirtschaft dabei zu überfordern und aufzuzeigen, wie eine gerechtere Verteilung der Kosten der Behandlung chronisch Kranker ausschauen könnte. Im Zentrum der Analyse stehen dabei die rechtlichen und finanziellen Gegebenheiten für Pflegeanstalten für chronisch Kranke und deren Auswirkungen auf den geriatrischen Patienten.

## 2.1 Ausgangslage und Problemstellung

*„Probleme stellen eine hinreichende Herausforderung dar den Intellekt zu nutzen“*

Aufgrund der demografischen, epidemiologischen, medizinischen und gesellschaftlichen Entwicklung wird die Pflegebedürftigkeit und die Versorgung chronisch Kranker bald jenes soziale Risiko darstellen, welches die pensionsrechtlichen Probleme noch gering erscheinen lässt.

Der geriatrische Patient befindet sich an der Grenze zwischen Asylisierung und Anstaltspflege, ist entweder ein „Akutfall“ und erhält in der Regel eine kostenfreie Behandlung (Anstaltspflege) oder er ist ein „reiner“ Pflegefall, und muss daher seine Behandlung selbst bezahlen (Asylisierung).

In unserem Gesundheitssystem gibt es zwar prinzipiell eine Kostenübernahme für medizinische Leistungen bei schweren Erkrankungen, allerdings nur unter der Annahme, dass eine solche Erkrankung entweder zur Heilung oder zum Tod führt. Für Patienten, bei denen schwere chronische Erkrankungen (häufig verbunden mit hohem Pflegebedarf) bestehen, ist das gegenwärtige System ungeeignet. Es führt zu diskriminierender Behandlung bei schwer chronisch Kranken, Pflegebedürftigen, Hospizpatienten und multimorbiden geriatrischen Patienten.

Nachdem die Kosten für hohe Pflegebedürftigkeit bei chronischer Erkrankung kaum jemand auf Dauer selbst zu zahlen vermag, werden diese Patienten zu „Asylierungsfällen“.

Die Grenze zwischen Anstaltspflege und Asylisierung wird in der Realität derzeit nicht aus der Sicht der medizinischen Diagnose sondern aus der Sicht der Unterbringung gezogen. Der kranke Pflegefall in einer Sonderheilanstalt für chronisch Kranke (Kranken- oder Pflegeanstalt) muss in der Regel alles selbst bezahlen; der kranke Pflegefall in einer Akutklinik - zum Beispiel Patient einer internistischen oder neurologischen Station - erhält eine für den Patienten kostenfreie Behandlung, sieht man vom Verpflegkostenanteil ab.

Diese rechtlich begründete Unterteilung verschärft die schon an sich bestehende Problemlage auf die chronisch kranke geriatrische Patienten treffen, da die strenge Sektorierung – zwischen Anstaltspflege und Remobilisation, Rehabilitation, Pflege stationär und Hauskrankenpflege – der Bedarfslage dieser Patienten diametral entgegensteht. Hier unterscheidet sich die Lage in Österreich und Deutschland kaum.

*Es stellt sich die Frage, ob die gegenwärtige Unterscheidung zwischen Asylisierung und Anstaltspflege, die sich vom Beginn des 20. Jahrhundert herleitet, im 21. Jahrhundert, unter den stattfindenden demografischen und epidemiologischen Veränderungen und der starken Zunahme der chronischen Erkrankungen, noch aufrecht erhalten werden kann und soll? Muss ein adaptiertes oder neu konzipiertes System entwickelt werden um den gegebenen Herausforderungen Rechnung zu tragen? Entspricht die Rechtslage und ihre ökonomischen Folgen dem Bedarf des geriatrischen Patienten und der Entwicklung im Gesundheitswesen?*

In der gegenständlichen Arbeit soll Einsicht geboten werden, wie es mit der medizinischen Relevanz und der Bedeutung für das Gesundheitssystem steht, was die österreichische Rechtssprechung dazu sagt und welche ökonomischen Folgen daraus entstehen. Bei der umfassenden Recherche hat sich ergeben, dass sich zwar einige Fachleute, die sich mit der Geriatrie und Gerontologie beschäftigen der Problematik bewusst sind, aber nur wenige Literaturarbeiten dazu bestehen und sich in der Praxis – trotz aktueller Rechtssprechung – noch keine Verbesserung für die betroffenen Patienten eingestellt hat.

Dazu ein Ausschnitt aus einer Pressekonferenz des Verbandes Geriatrischer Krankenhäuser Österreichs im Jahr 2004:

"Es handelt sich dabei um eine echte Lücke in unserem Gesundheits- und Sozialsystem. Davon betroffen sind rund ein halbe Million geriatrische Langzeitpatienten. Deren Diskriminierung ist weithin unbekannt". Diese Patienten sind pflegebedürftig und benötigen eine adäquate medizinische Betreuung. Die Versorgung dieser Gruppe führt in Pflegeheimen häufig zu einer Überforderung. "Diese Menschen fallen aus dem System heraus, müssen ihr gesamtes Vermögen und bis zu 80 Prozent ihrer laufenden Einkünfte für die geriatrische Behandlung und Pflege abtreten."

Unter den vielen möglichen und spannenden wissenschaftlichen Gerontologiethematen wurde das vorliegende Thema gewählt, da die im Weiteren geschilderten rechtlichen Tatbestände, ökonomische Folgen, und diese wiederum versorgungsrelevante Konsequenzen für die Patienten – im Sinne der Unter-, Fehl- und Überversorgung - nach sich ziehen. Das heißt, die Unter-, Fehl- und Überversorgung ist auch eine Folge der rechtlichen Situation und Ihrer ökonomischen Konsequenzen.

Das behandelte Thema ist für einen zunehmend größeren Bevölkerungsanteil (Population) relevant.