

Soziale Bedarfe im Gesundheitswesen

Wie Netzwerkarbeit hilft, die Versorgung älterer Menschen zu verbessern

Die zwischen Altenarbeit und Gesundheitswesen bestehenden Schnittstellen können immer wieder für Schwierigkeiten sorgen. Diese aufzugreifen und die Zusammenarbeit der Akteur*innen beider Systeme zu optimieren, hat sich das Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation zum Ziel gesetzt. Anhand eines Kooperationsverfahrens zwischen dem Rettungsdienst und den Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter (kommunaler sozialer Dienst für Bürger*innen ab 60 Jahre) werden soziale Bedarfe älterer zu Hause lebender Menschen erkannt, aufgegriffen und damit Krankenhausaufnahmen aus sozialer Indikation verringert.

Von Ulrike v. Schilling und Petra Schönemann-Gieck

Hintergrund

Es ist der Wunsch der meisten älteren Menschen, so lange wie möglich zu Hause wohnen zu können – also auch bei Hilfe – oder Pflegebedarf. Die Stabilität einer häuslichen Pflegesituation hängt dabei sowohl von gesundheitsbezogenen als auch von sozialen Gegebenheiten ab.

Mit zunehmendem Alter nehmen gesundheitliche Probleme und damit funktionale Einschränkungen und Hilfebedarfe zu. Gleichzeitig sinkt jedoch der Anteil derjenigen Menschen, die auf familiäre Unterstützung im eigenen Haushalt zurückgreifen können (vgl. Nowossadeck/Engstler 2013). Viele ältere Menschen leben aufgrund von sozialen und finanziellen Problemlagen in prekären häuslichen Situationen (vgl. Schneekloth/Wahl 2005). Somatische, psychische und soziale Lebensbedingungen sind nicht voneinander losgelöst zu betrachten. Gesundheitsmodelle wie z. B. die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (vgl. ICF 2005) betonen die gegenseitige Beeinflussung von person- und umweltbezogenen Faktoren im Hinblick auf die Funktionalität, Selbständigkeit und damit auch Teilhabe eines Menschen.

Ältere Patient*innen sind in der Versorgung eine besonders vulnerable Personengruppe. Ein Klinikaufenthalt stellt für den kranken Menschen eine Umstellung dar, die zu psychischen Stressreaktionen führen kann.

.....
Eingeschränkte Reservekapazitäten führen bei älteren, gebrechlichen Patient*innen häufig zu schwer prognostizierbaren Krankheitsverläufen.

Durch die fremde Umgebung, krankheitsbedingte Unsicherheit, körperliche, sensorische und teilweise auch kognitive Beeinträchtigen und Schmerzen kann es zu einer verringerten Anpassungsfähigkeit, Angstreaktionen und neuropsychiatrischen Symptomen kommen. Eingeschränkte Reservekapazitäten und Begleiterkrankungen führen bei älteren, gebrechlichen Patient*innen zudem häufig zu nicht linearen und somit schwer prognostizierbaren Krankheitsverläufen, d.h. eine Vorhersehbarkeit der funktionellen Entwicklung ist bei der Zielgruppe der »frail elderly persons« auch aus medizinischer Sicht oft sehr schwierig. Um ein alle Bereiche umfassendes, auf-

einander abgestimmtes Hilfearrangement aufbauen zu können, benötigen deshalb insbesondere ältere und alleinstehende Menschen mit geringem Selbsthilfepotenzial Unterstützung. Das Amt für Soziale Arbeit der Landeshauptstadt Wiesbaden gründete deshalb im Jahr 2000 das Wiesbadener Netzwerk für Geriatrische Rehabilitation – kurz GeReNet.Wi, um die Zusammenarbeit zwischen Akteur*innen der Altenarbeit und des Gesundheitswesens zu optimieren (vgl. Haas/Schönemann-Gieck/Weber 2007).

Kommunaler Auftrag

Aus kommunaler Sicht führten mehrere Faktoren zum Aufbau des geriatrischen Netzwerks. Zum ersten definieren gesetzliche und politische Handlungsaufträge im Rahmen der kommunalen Daseinsvorsorge und die Rolle der Kommune als Sozialhilfeträger die Motivlage. Neben

.....
Die kommunale Altenhilfeplanung beschrieb Bedarfslagen primär als Folge des demografischen Wandels und sich verändernder familiärer Lebensformen.

diesem übergeordneten normativen Handlungsrahmen zeigen zum zweiten die konkreten Bedingungen vor Ort anstehende Handlungserfordernisse. So beschrieb die kommunale Altenhilfeplanung damals deutliche Bedarfslagen in der Versorgung älterer Menschen – primär als Folge des demografischen Wandels und sich verändernder familiärer Lebensformen.

Kommunale Altenhilfe soll gemäß § 71 SGB XII dazu beitragen, »Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, zu verhüten, zu überwinden oder zu mildern und alten Menschen die Möglichkeit zu erhalten, selbstbestimmt am Leben in der Gemeinschaft teilzunehmen und ihre Fähigkeit zur Selbsthilfe zu stärken«.

Das Motiv der Kommune, unnötige Klinikaufenthalte zu vermeiden ergibt sich aufgrund ihrer Funktion als örtlicher Sozialhilfeträger. Nach § 2 des SGB XII obliegt diesem die Aufgabe, den »Nachrang der Sozialhilfe« (unter anderem gegenüber Trägern anderer Sozialleistungen wie den Kranken- und Pflegekassen) zu sichern. Zudem muss sichergestellt werden, dass »präventive und rehabilitative Maßnahmen gegenüber pflegerischen Maßnahmen vorrangig« gewährt werden. An dritter Stelle ist der Grundsatz »ambulant vor stationär« zu beachten, wonach Leistungen der ambulanten, teilstationären und Kurz-

zeitpflege vor den Leistungen der vollstationären Pflege ausgeschöpft sein müssen. (§ 13 und 15 SGB XII). Diese Grundsätze gelten für alle Leistungen der Sozialhilfe und lassen sich im Bereich der Altenhilfe hauptsächlich im Bereich der Pflege konkretisieren.

Das Wiesbadener Netzwerk für Geriatrische Rehabilitation (GeReNet.Wi)

Das Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation ist eine Kooperationsplattform für Wiesbadener Dienste, Einrichtungen, Kliniken, Institutionen und Praxen, die sich für ältere Bürger*innen engagieren. Mit dem Ziel, die Selbständigkeit älterer Menschen so lange wie



Die Zusammenarbeit zwischen Kommune und Wissenschaft bringt große Vorteile beim Aufbau interprofessioneller und schnittstellenübergreifender Verfahren.



möglich zu erhalten, werden neue Kooperationsformen in der Altenarbeit und im Gesundheitswesen erprobt.

2007 wurden die Netzwerkstrukturen in die Regelversorgung überführt und seither durch den Kommunalhaushalt der Landeshauptstadt Wiesbaden getragen. Zusätzlich wurde beschlossen, mit dem Forum Demenz Wiesbaden ein weiteres multiprofessionelles Netzwerk aufzubauen.

Die Geschäftsstelle des Netzwerks befindet sich im Amt für Soziale Arbeit und ist mit zwei Vollzeitstellen (zwei Sozialarbeiterinnen und eine Gerontologin) besetzt. Mit der wissenschaftlichen Begleitung wurde von Beginn an das Heidelberger Institut für Gerontologie beauftragt. Die inzwischen feste Zusammenarbeit zwischen Kommune und Wissenschaft bringt große Vorteile beim Aufbau interprofessioneller und schnittstellenübergreifender Verfahren (vgl. Schönemann-Gieck/Weber 2015).

Zielgruppe des Netzwerks

Zielgruppe des GeReNet.Wi sind ältere, hilfsbedürftige, zu Hause lebende Menschen mit vielfältigem Versorgungsbedarf. Funktionelle Einschränkungen, psychische Belastungen, mangelhafte soziale Unterstützungssysteme und finanzielle Einschränkungen stellen oftmals eine große Belastungssituation dar. Hieraus ergeben sich multimodale Behandlungs- und Versorgungsbedarfe, die

die Koordination und Abstimmung der Akteure über die Sektorengrenzen hinweg notwendig machen.

Das Kooperationsverfahren an der Sektorengrenze

Seit Jahren wird ein Handlungsbedarf an der Sektorengrenze zwischen Krankenhaus und Nachsorge gesehen, der sich v.a. auf Probleme im Entlassungsmanagement der Kliniken, aber auch auf unnötige Klinikaufnahmen bezieht. Auf Grundlage der Befunde einer Erhebung in



Seit Jahren wird ein Handlungsbedarf an der Sektorengrenze zwischen Krankenhaus und Nachsorge gesehen.



Wiesbadener Akutkliniken wurden unterschiedliche Problembereiche konkretisiert und Handlungsfelder definiert (Schönemann-Gieck 2017) und anschließend im Rahmen des Projekts »Schnittstellen-Management bei Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung – GeReNet.Wi 3« durch unterschiedliche Maßnahmen aufgegriffen (vgl. Faßbender/Schönemann-Gieck/Weber 2019).

Eine davon stellt die strukturierte Zusammenarbeit der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter mit dem Wiesbadener Rettungsdienst dar. Ziel ist das Aufgreifen sozialer Bedarfe bei Notfallpatient*innen und die Vermeidung aus medizinischer Sicht nicht notwendiger Krankenhausaufenthalte.

Das Verfahren sieht vor, dass die Rettungsdienstbesatzung beim Einsatz vor Ort soziale Problemlagen erkennt und diese mit einem hierfür erstellten Formular an die Beratungsstellen meldet. Kategorien sozialer Bedarfe, wie z.B. Zeichen der Verwahrlosung oder soziale Isolation, sind zum Ankreuzen im Meldebogen angegeben. Die Sozialarbeiter*innen der kommunalen Beratungsstellen benachrichtigen im Falle einer Krankenzuführung den Krankenhaussozialdienst. Kann der*die Patient*in zu Hause bleiben, nimmt die Beratungsstelle direkt Kontakt mit dem*der Patient*in auf und gibt eine Rückmeldung an die Rettungsdienstbesatzung (siehe Abbildung 1). Rechtsgrundlage für die Datenübermittlung zwischen Rettungsdienst und Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter ist § 17 Abs. 1 S. 1 im Hessischen Rettungsdienstgesetz (HRDG), in dem die Weiterverarbeitung personenbezogener Daten »zur weiteren Versorgung der rettungsdienstlich versorgten Personen« festgelegt ist.

Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung

Das Verfahren wird durch das Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg wissenschaftlich begleitet. Die Evaluation basiert auf der Auswertung der Meldeverfahren einschließlich der Rückmeldungen durch die Be-

.....
Seit der Einführung wurden im Schnitt mehr als zwei Notfälle mit sozialen Bedarfen wöchentlich gemeldet.
.....

ratungsstellen. Zudem wurden standardisierte Befragungen von Rettungskräften und Sozialarbeiter*innen durchgeführt, um deren Kenntnisse zum Verfahren, eine Einschätzung zur Praktikabilität und Wirksamkeit des Verfahrens zu eruieren.

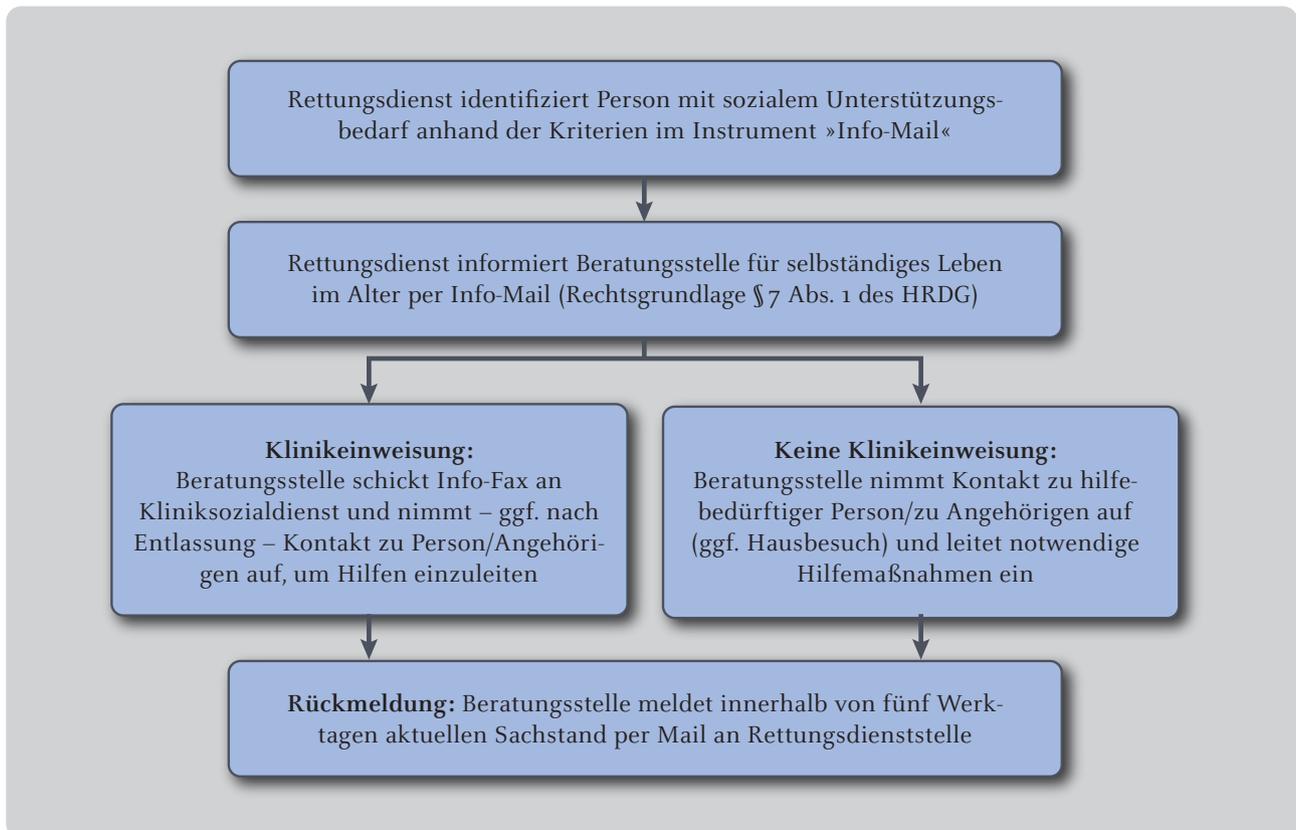
Seit seiner Einführung wurden 489 Patient*innen mit sozialen Bedarfen von den Rettungskräften gemeldet (Stand 06/2022). Dies entspricht im Schnitt 9,4 Notfällen mit sozialen Bedarfen im Monat – also mehr als zwei wöchentlich.¹

Die Notfallpatient*innen sind durchschnittlich $75,8 \pm 13,3$ Jahre alt, die Altersrange bewegt sich zwischen 50 und 96 Jahren. Zwei Drittel der Gemeldeten leben alleine und etwa jeder fünfte hat keine*n festen Ansprechpartner*in. In Abbildung 2 sind die von den Rettungskräften gemeldeten sozialen Bedarfe dargestellt.

Diese belegen den hohen Handlungsbedarf im Bereich der Altenhilfe. Insbesondere häusliche Unterversorgung, der Zustand der Wohnung (vor allem Vermüllung) und häufiges Alleinsein der Patient*innen stellen demnach die überwiegenden Probleme der gemeldeten Personen dar. In etwa jedem vierten Fall zeigt sich eine Überforderung pflegender Angehöriger und bei etwa 20% ist eine Unterversorgung einer pflegebedürftigen Person oder eine demenzielle Erkrankung die Ursache für die Meldung der Rettungskraft.

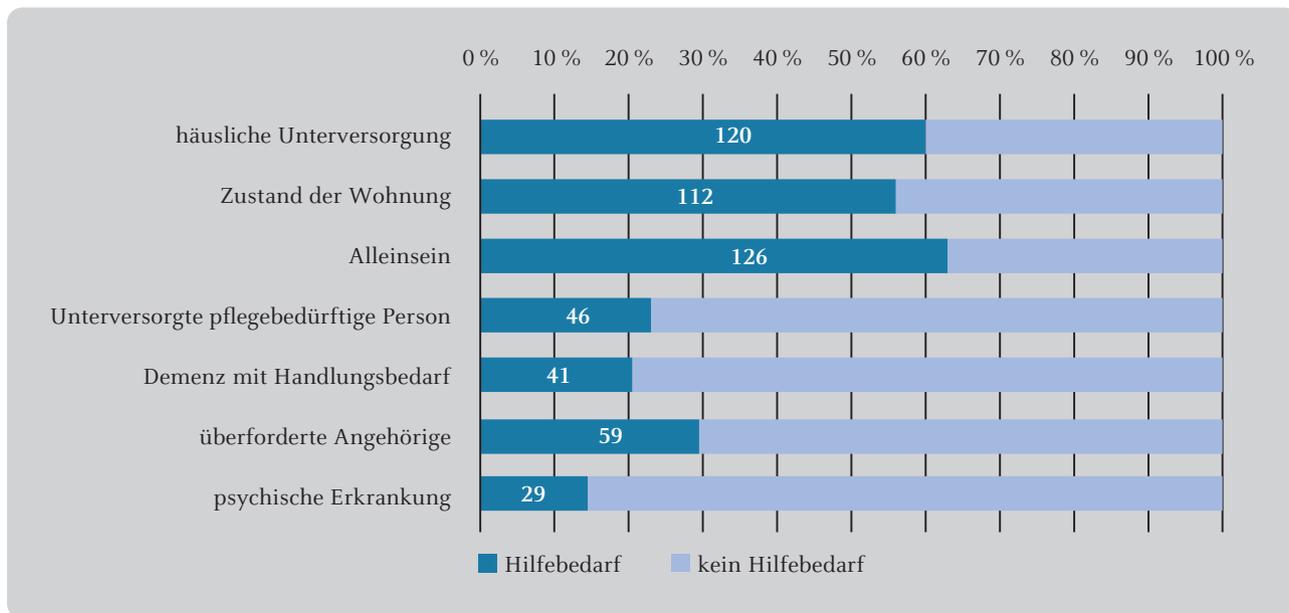
Es kann davon ausgegangen werden, dass die Kooperation dazu beiträgt, Klinikeinweisungen zu verhindern, wenn diese aus medizinischen Gründen nicht notwendig erscheinen: Denn etwa jeder zweite Notruf in der Stichprobe konnte bei Einschaltung der Beratungsstelle in der häuslichen Umgebung belassen werden, lediglich 50% wurden in eine Klinik transportiert. In einer ebenfalls in

Abbildung 1: Ablauf des Verfahrens



Quelle: Eigene Darstellung

Abbildung 2: Soziale Bedarfe der Notrufenden



Quelle: Eigene Darstellung

Hessen im Jahr 2009 durchgeführten Erhebung lag die Quote der Klinikeinweisungen bei 78 % und nur in etwa jedem fünften Fall erfolgte eine ambulante Behandlung (Herdt/Karbstein 2009).

Die Befragung der Anwender*innen im Rettungsdienst und in den Beratungsstellen zeigt eine hohe Wertschätzung der Kooperation als sinnvolle Ergänzung der eigenen Arbeit.

Die Sozialarbeiter*innen wertschätzen den frühen Zugang zu einer gefährdeten Personengruppe. Eine frühzeitige Stabilisierung häuslicher Versorgungssituationen durch die Implementierung von Hilfen und Unterstützungsleistungen ermöglicht ihnen ein Eingreifen, bevor eine häusliche Versorgungssituation eskaliert und eine Klinikeinweisung aus sozialer Indikation notwendig wird.

Rettungskräfte profitieren ebenfalls von dem Verfahren, da ihnen durch die Kooperation ein Instrument an die Hand gegeben wurde, mit dem sie offensichtlich prekäre soziale Versorgungslagen melden können. Von zentraler Bedeutung ist dabei die im Verfahren vorgesehene »Feedbackschleife«, die eine Rückmeldung der Beratungsstellen zur weiteren Entwicklung des gemeldeten Falls garantiert und einen fallbezogenen Austausch ermöglicht. Dieser stellt sich bei psychisch auffälligen Klient*innen, die besonders schwierig im Umgang sind und immer wieder Notrufe absetzen (sog. »Frequent Callers«, vgl. Breuer et al. 2020), als besonders hilfreich dar.

Fazit: Welche Bedeutung hat multiprofessionelle Netzwerkarbeit?

Das Kooperationsverfahren zwischen dem Rettungsdienst und den Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter in Wiesbaden ermöglicht einen präventiven Zugang zu einer vulnerablen Personengruppe und leistet so einen Beitrag zur Umsetzung des im § 13 SGB XII formulierten Grundsatzes »ambulant vor stationär«. Latent bestehende soziale Bedarfe können aufgegriffen und entsprechende ambulante Hilfen implementiert werden, bevor eine Eskalation der häuslichen Pflegesituation entsteht. Damit wird auch dem Wunsch des Großteils älterer Menschen entsprochen, die möglichst lange und selbstständig in ihrer angestammten Wohnung bleiben wollen (vgl. Schneekloth/Wahl 2005).

Der erste Zugang ins soziale Hilfesystem ist für viele Menschen sehr schwierig und wird häufig erst im Rahmen eines Klinikaufenthaltes realisiert. Dies ist zum einen auf den bewusst wahrgenommenen Hilfebedarf in der medizinischen Notlage zurückzuführen (und damit einer entsprechend hohen Motivation zur Annahme von Hilfen), zum anderen auch auf die bestehenden Organisationsstrukturen (insbesondere der Sozialdienst) im Krankenhaus.

Im Wiesbadener Verfahren kann dieser Zugang zum Altenhilfesystem schon vor einem Klinikaufenthalt durch den Rettungsdienst gebahnt werden. Dabei zeigten die Rettungskräfte ein »gutes Auge« bei der Erkennung von sozialen Bedarfen und damit der Identifikation der

Fallbeispiel

Frau Meier (Name geändert) wohnt – wie so viele ihres Alters alleine in ihrer Wohnung. Die 87-Jährige hat keine Angehörigen in der Nähe und kaum Kontakt zur Außenwelt. Ihre Situation wirkt sich auf ihr Wohlbefinden aus, sie leidet unter depressiven Verstimmungen und leichten kognitiven Einschränkungen. Aufgrund verschiedener Vorerkrankungen (Diabetes und Arthrose) benötigt Frau Meier eigentlich auch Hilfe bei der Körperpflege. Insbesondere das Anziehen ihrer Kompressionsstrümpfe fällt ihr schwer. Auch vergisst sie immer wieder, regelmäßig ihre Medikamente einzunehmen. Ihren Haushalt zu führen, ist Frau Meier nicht mehr vollumfänglich möglich.

Die Nachbarin, die Frau Meier gelegentlich unterstützt, bemerkt die zunehmende Vergesslichkeit und Orientierungslosigkeit. Deshalb ist sie beunruhigt, als Frau Meier mehrere Tage hintereinander nicht die Tür öffnet und ruft die 112.

Der Rettungsdienst stellt bei Frau Meier keinen medizinischen Grund einer Krankenhauseinweisung fest. Allerdings erkennen die Rettungskräfte Hinweise darauf, dass Frau Meier die Körperpflege schwerfällt und ihre Wohnung anfängt, zu verwahrlosen. Im Gespräch mit Frau Meier gewinnen sie zudem den Eindruck, dass sie sehr einsam ist. Diese sozialen Bedarfe meldet der Rettungsdienst nun per Info-Mail an die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter.

Gleich am nächsten Tag stattet die zuständige Beraterin Frau Meier einen Hausbesuch ab. Der Verdacht der Rettungskräfte bestätigt sich. Die Beratungsstellenmit-

arbeiterin erkennt einen dringenden Unterstützungsbedarf beim Anziehen der Kompressionsstrümpfe und der Gabe der Medikamente. Sie schlägt Frau Meier zudem vor, einen Hauswirtschaftsdienst zu organisieren, der Frau Meier zwei Mal wöchentlich bei der Reinigung der Wohnung hilft und für sie regelmäßig einkauft. All diese Maßnahmen könnten dazu beitragen, dass Frau Meier möglichst lange in der häuslichen Umgebung bleiben kann. Um der sozialen Isolation entgegen zu wirken schlägt die Beratungsstellenmitarbeiterin außerdem vor, sie zum städtischen Seniorentreff zu begleiten. Die Idee findet mit ein wenig Überredungskunst die Zustimmung der alten Dame.

Vier Wochen später führt dieselbe Mitarbeiterin einen zweiten Hausbesuch bei Frau Meier durch und findet ein vollkommen anderes Bild vor. Frau Meier wirkt zufriedener und erfreut sich an den zwei Mal wöchentlich stattfindenden Treffen bei »ihrem« Kaffeeklatsch mit anschließendem Bingo. Durch diese außerhäuslichen Treffen ist sie deutlich fitter geworden. Der regelmäßige soziale Kontakt hat sie außerdem dahingehend motiviert, wieder mehr Wert auf die Körperpflege zu legen. Ihre Medikamente nimmt sie wieder sorgfältiger ein. Auch hat sie es zugelassen, dass der Hauswirtschaftsdienst ihre Wohnung in einen ordentlicheren Zustand versetzen kann.

Frau Meier strahlt mehr Lebensmut aus und äußert sich der Beratungsstellenmitarbeiterin gegenüber sehr dankbar für eine neue Lebensqualität in ihrer eigenen Wohnung.

Risikopersonen. Da sie in Notfallsituationen gerufen werden, besteht auch hier eine entsprechende Motivation, Hilfen anzunehmen.

Aus Sicht der Altenarbeit ist der Ansatz als zielgruppengenaue Zugang zu Menschen in prekären Versorgungssituationen zu werten, der es ermöglicht, die Probleme und Entwicklungen, die die häusliche Selbständigkeit bedrohen, sehr frühzeitig anzugehen und so eine Stabilisierung der Versorgungssituation im häuslichen Umfeld zu ermöglichen.

Dies setzt allerdings eine gut ausgebaute ambulante Hilfestruktur, wie diese in Wiesbaden existiert, voraus. Die für einen bestimmten Stadtteil zuständigen Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter können dann, wenn sich aus einer medizinischen Notlage heraus eine Bereitschaft ergibt, Hilfen anzunehmen, einen persönlichen Kontakt aufbauen. Die Mitarbeiter*innen stehen bei der Auswahl und Organisation von Hilfeangeboten zur Seite und klären deren Finanzierung. So kann – ausgelöst durch einen Notruf mit Rettungsdiensteinsatz – ein erster Kontakt zum sozialen Hilfesystem geknüpft werden.

Das Aufgreifen sozialer Probleme vor einer Klinikeinweisung ist zudem als innovativer Ansatz zur Vermeidung medizinisch unnötiger Krankenhauseinweisungen zu werten. Während im Gesundheitswesen auf das Herausfiltern sog. ambulant-sensitiver Krankenhausfälle² abgezielt wird (vgl. Kurte/Blankart 2019; Beerheide 2015; Burgdorf/Sundmacher 2014), ermöglicht die dargestellte schnittstellenübergreifende Kooperation ein Aufgreifen von Problemlagen im sozialen Bereich. Das Verhindern von Klinikeinweisungen aus »sozialer Indikation« stellt nicht nur für die Krankenhäuser eine Entlastung dar. Durch die Vermeidung sog. »hazards of hospitalization« (Creditor 1993) ist das Verfahren auch als ein Beitrag zur Gesunderhaltung vulnerabler Bevölkerungsgruppen zu sehen.

Das Verfahren Rettungsdienst als Beispiel für Vernetzungsarbeit im GeReNet.Wi macht deutlich, dass Kooperationen dann zu einer Verbesserung im System im Sinne der Zielgruppe funktionieren, wenn eine grundsätzliche Bereitschaft der Partner*innen bezüglich einer konkreten Zusammenarbeit besteht (vgl. Schardt et al. 2007) und diese Kooperation von beteiligten Akteur*innen auch

Zur Person



Foto: privat

Ulrike v. Schilling ist im Amt für Soziale Arbeit Wiesbaden, Geschäftsstelle GeReNet.Wi/ Forum Demenz Wiesbaden tätig. E-Mail: Ulrike.vonschilling@wiesbaden.de

Zur Person



Foto: privat

Petra Schönemann-Gieck, Dr., ist am Institut für Gerontologie Heidelberg der Universität Heidelberg tätig. E-Mail: petra.schoenemann@gero.uni-heidelberg.de

als sinnvoll für den eigenen Versorgungsauftrag eingeschätzt wird.

Literatur

Beerheide, R. (2015): Ambulante Versorgung: Viele Krankenhausfälle vermeidbar. *Deutsches Ärzteblatt*; 112, H. 45.

Breuer, F./Pommerenke, C./Wollenhaupt, L./Brettschneider P./Poloczek, S. (2020): Vorkommen von Frequent Usern und Frequent Callern in einem großstädtischen Rettungsdienst: Indikatoren eines unzureichenden Gesundheits- und Sozialsystems? *Notfall + Rettungsmedizin* 23, S. 122–131.

Burgdorf, F./Sundmacher, L. (2014): Potenziell vermeidbare Krankenhausfälle in Deutschland. Analyse von Einflussfaktoren auf die Raten ambulant-sensitiver Krankenhauseinweisungen. *Deutsches Ärzteblatt Int* 111, H. 13, S. 215–23.

Faßbender, N./Schönemann-Gieck, P./Weber, J. (2019): Endbericht des Projekts »Schnittstellen-Management bei Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung« – GeReNet.Wi 3. Landeshauptstadt Wiesbaden · Amt für Soziale Arbeit Abteilung Altenarbeit (Hrsg.). www1.wiesbaden.de/microsites/forum-demenz/downloads/190320_Abschlussbericht_web.pdf. (Abruf: 14. 6. 2022).

Haas, B./Schönemann-Gieck, P./Weber, J. (2007): Kompetenz durch Kooperation und Vernetzung. 7 Jahre Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation, Abschlussbericht der Projektphasen. Wiesbaden.

Herdt, J./Karbstein, M. (2009): Effektivität und Effizienz des Rettungsdienstes in Hessen. Eine Veröffentlichung der Hessen Agentur GmbH. Report Nr. 761, Wiesbaden.

ICF – Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (2005): Neu-Isenburg: MMI, Medizinische Medien Informations GmbH.

IGES Institut (2015): Ambulantes Potential in der stationären Notfallversorgung. Studienbericht zur Projektphase.

Kurte, M. S./Blankart, K. (2019): Ambulant-sensitive Krankenhausfälle in Deutschland – Abgrenzung, Prävalenz und Kosten. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement* 24, H. 6, S. 277–291.

NHS Trust Development Authority (2019): Annual report and accounts 1 April 2018 to 31 March 2019. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/816657/NHS_trust_development_authority_Web.pdf (Abruf: 31. 8. 2022).

Nowossadeck, S./Engstler, H. (2013): Familie und Partnerschaft im Alter. In: *Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Report Altersdaten 3*.

Schardt, Th./Weber, J./Schönemann-Gieck, P. (2007): Vom Modellprojekt zur Regeleinrichtung – das Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation GeReNet.Wi. *Deutsches Zentrum für Altersfragen (Hrsg.): Informationsdienst Altersfragen* 4, H. 36, S. 2–7.

Schneekloth, U./Wahl, H.-W. (2005): Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MUG III). Repräsentativbefunde und Vertiefungsstudien zu häuslichen Pflegearrangements, Demenz und professionellen Versorgungsangeboten. Integrierter Abschlussbericht. München.

Schönemann-Gieck, P./Weber, J. (2015): Die Bedeutung der Kooperation zwischen Wissenschaft und Kommune für die Implementierung nachhaltiger Versorgungskonzepte am Beispiel des »Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation – GeReNet.Wi«. In: *Hoben, M./Bär, M./Wahl, H.-W. (Hrsg.): Implementierungswissenschaft für Pflege und Gerontologie. Grundlagen, Forschung und Anwendung – Ein Handbuch*. Kohlhammer.

Schönemann-Gieck, P. (2017): Nachsorge nach Krankenhausaufenthalt – Abschlussbericht. Landeshauptstadt Wiesbaden, Amt für Soziale Arbeit, Geschäftsstelle GeReNet.Wi (Hrsg.). Download im Internet unter www.gero.uni-heidelberg.de/personen/schoenemann.html. (Abruf: 14. 6. 2022).

StaStat *Report Altersdaten 02/2006*. Deutsches Zentrum für Altersfragen: Berlin. www.dza.de/fileadmin/dza/Dokumente/Report_Altersdaten/Report_Altersdaten_Heft_2_2006.pdf (Abruf: 31. 8. 2022).

Sonja Menning (2006). Gesundheitszustand und gesundheitsrelevantes Verhalten Älterer. *GeroStat Report Altersdaten 02/2006*. Deutsches Zentrum für Altersfragen: Berlin.

- 1 Die folgenden Auswertungen beziehen sich auf n = 299 Meldebögen.
- 2 Das Konstrukt der sog. »ambulant-sensitiven Krankenhausfälle« bezeichnet »Diagnosen, bei denen Krankenhausaufenthalte durch eine effektive und rechtzeitige ambulante Versorgung verhindert werden können« (vgl. IGES 2015).