

Endbericht des Projekts

„Schnittstellen-Management bei
Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung“
– GeReNet.Wi 3 –



Impressum:

Herausgeber: Landeshauptstadt Wiesbaden · Amt für Soziale Arbeit · Abteilung Altenarbeit

Konradinallee 11 · 65189 Wiesbaden

Autoren: Natascha Faßbender, Petra Schönemann-Gieck, Johannes Weber

Gestaltung: Wiesbaden Marketing GmbH

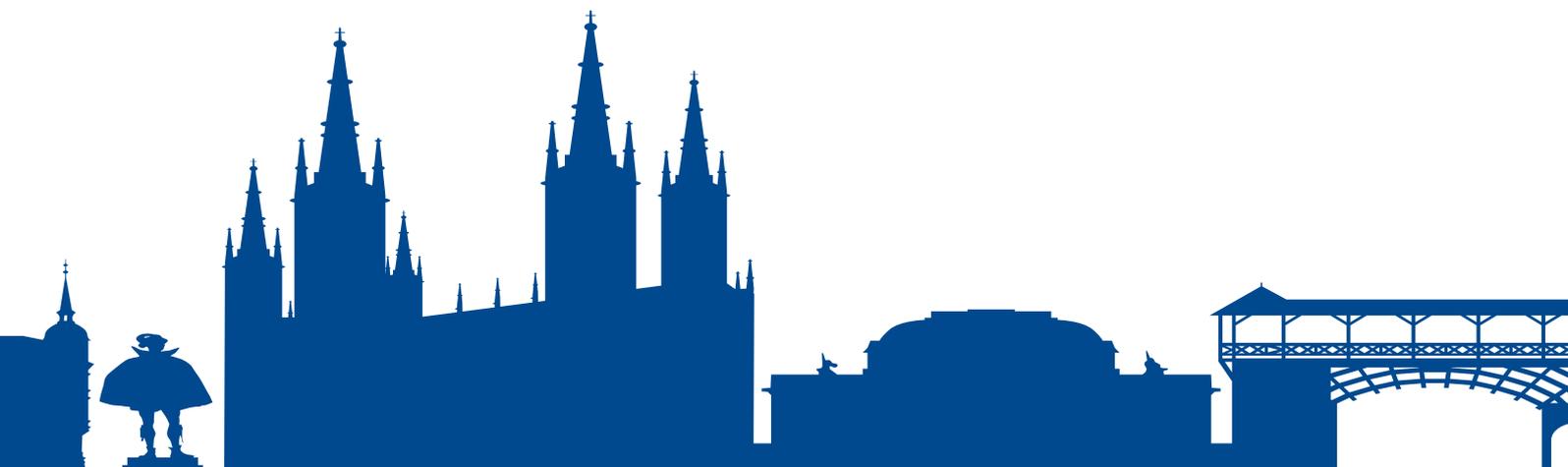
Druck: Druck-Center der Landeshauptstadt Wiesbaden

Auflage: 150 · Stand: März 2019



Inhaltsverzeichnis

1. Einführung in das Projekt	3
2. Methodische Vorgehensweise.....	4
3. Beschreibung der Maßnahmen und deren Umsetzung und Ergebnisse	5
3.1 Verfahren zur sozialen Überleitung ins häusliche Umfeld	6
3.1.1 Inhaltliche Vorarbeiten und Abstimmungsprozesse.....	7
3.1.2 Entwicklung des Verfahrens.....	10
3.1.3 Ausarbeitung des Evaluationskonzeptes	11
3.1.4 Umsetzungsphase	11
3.1.5 Erfahrungen und Befunde zur Implementierung	12
3.1.6 Ergebnisse der patientenbezogenen Evaluation	14
3.1.7 Bewertung und Ausblick.....	21
3.2 Verfahren Rettungswesen.....	23
3.2.1 Vorarbeiten und Ziel des Verfahrens	23
3.2.2 Ergebnisse der Umsetzung	25
3.2.3 Bewertung und Ausblick.....	26
3.3 Maßnahmen Pflegenotruf und Notpflegeplätze	27
3.3.1 Vorarbeiten und Ziel des Verfahrens/der Maßnahme.....	27
3.3.2 Ergebnisse der Umsetzung	27
3.3.3 Bewertung und Ausblick.....	28
3.4 Informationsveranstaltungen für professionelle Akteure.....	28
3.4.1 Vorarbeiten und Ziel der Maßnahme	28
3.4.2 Ergebnisse	29
3.4.3 Bewertung und Ausblick.....	29
3.5 Informationsveranstaltung für Bürgerinnen und Bürger.....	30
3.5.1 Vorarbeiten und Ziel der Maßnahme	30
3.5.2 Ergebnisse	31
3.5.3 Bewertung und Ausblick.....	31



3.6 Intradisziplinäre Kooperationsplattformen.....	32
3.6.1 Plattform zur Zusammenarbeit im Bereich E-Health.....	32
3.6.2 Kooperationsgremium zur Verbesserung der Pflegeüberleitung	32
4. Diskussion der Ergebnisse und Ausblick	33
4.1 Ergebnisse der Projektarbeit aus Sicht der Projektkoordination.....	33
4.2 Analysen aus wissenschaftlicher Perspektive	34
4.3 Transfer der Wiesbadener Erfahrungen – Einschätzungen des Projektträgers und der Wissenschaft.....	37
4.4 Ergebnisse – eine poetische Aufarbeitung	41
5. Stellungnahmen der Akteure, Instrumente und Presseberichte	42
5.1 Stellungnahmen aus Perspektive der unterschiedlichen Akteure	42
5.1.1 Stellungnahmen der Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden	42
5.1.2 Stellungnahme des St. Josefs-Hospital Wiesbaden.....	45
5.1.3 Stellungnahme der Asklepios Paulinen Klinik.....	46
5.1.4 Fazit der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter.....	48
5.1.5 Stellungnahme des Rettungswesens	49
5.1.6 Stellungnahme aus Perspektive einer niedergelassenen Hausärztin	50
5.2 Anlagen zum Verfahren „soziale Überleitung“.....	53
5.3 Anlagen zum Verfahren „Kooperation mit den Rettungswesen“.....	53
5.4 Weitere Anlagen.....	53
6. Verzeichnisse	77
6.1 Abbildungen und Tabellen	77
6.2 Vorträge und Präsentationen der wissenschaftlichen Begleitforschung.....	78
7. Literatur	83

1. Einführung in das Projekt

Seit einigen Jahren optimiert die kommunale Altenarbeit Wiesbaden gemeinsam mit den Akutkliniken die Überleitung bei der Krankenhaus-Aufnahme und die Nachsorge nach einem Krankenhausaufenthalt, denn demografisch bedingt steigt der Anteil von hochbetagten Patienten¹ mit Unterstützungsbedarf aus dem sozialen und pflegerischen Bereich. Auch in Wiesbaden besteht der Trend einer Zunahme alleinlebender Personen hoher Altersgruppen und einer steigenden Zahl von demenziell Erkrankten (vgl. Knaup 2014). Damit wächst die Zahl von Menschen mit spezifischen Vulnerabilitäten und Versorgungsbedarfen. Gleichzeitig verkürzen sich die Klinikaufenthalte immer mehr, so dass sich die Entlass- und Nachsorgeplanung oftmals schwierig gestaltet.

Um weiterhin die Versorgung an der Schnittstelle Krankenhaus-Nachsorge zu verbessern und weitere Schwerpunkte aufzugreifen, wurde das Projekt „Schnittstellen-Management bei Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung“ (GeReNet.Wi 3) vom 1. Mai 2016 bis zum 31. Dezember 2018 umgesetzt. Es wurde vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration gefördert. Grundlage bildete die Studie „Nachsorge nach Krankenhausaufenthalt“ des Instituts für Gerontologie der Universität Heidelberg (vgl. Schönemann-Gieck 2017).

An dem Projekt waren die Wiesbadener Akutkliniken St. Josefs-Hospital, Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken und Asklepios Paulinen Klinik, der Rettungsdienst, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte und das Gesundheitsamt beteiligt. Gemeinsam mit der Abteilung Altenarbeit des Amtes für Soziale Arbeit und der wissenschaftlichen Begleitung wurden Maßnahmen zur Optimierung der Zusammenarbeit zwischen Kliniken und nachsorgendem Bereich entwickelt, eingeführt und evaluiert.

Im vorliegenden Abschlussbericht werden die zentralen Ergebnisse erläutert sowie ein Ausblick aus verschiedenen Perspektiven gegeben. Bevor die einzelnen Ziele und Maßnahmen beschrieben werden, wird im nächsten Kapitel die methodische Vorgehensweise erläutert.

¹ Zur besseren Lesbarkeit wird auf die geschlechtergerechte Darstellung verzichtet und werden wenn möglich neutrale Bezeichnungen gewählt. Grundsätzlich sind jedoch immer alle Geschlechter gemeint.



2. Methodische Vorgehensweise

Das Projekt war im Amt für Soziale Arbeit in der Abteilung Altenarbeit angesiedelt. Neben der Projektleitung stand für die Projektkoordination eine Gesundheits- und Krankenpflegerin und gleichzeitig Sozialarbeiterin mit einem Zeitkontingent im Umfang einer Dreiviertelstelle zur Verfügung. Die wissenschaftliche Begleitung für GeReNet.Wi 3 wurde an das Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg übertragen.

Gemeinsam mit den Akteuren des Gesundheitswesens wurde im Nachsorgezirkel, dem Arbeitsgremium des Projektes, an den Inhalten gearbeitet. Den Vertretern der Kliniken oblag dabei eine begleitende und beratende Funktion sowie die Steuerung der Implementierung. Während des Projektzeitraums fanden insgesamt 11 Sitzungen statt – inzwischen ist der Nachsorgezirkel verstetigt und tagt weiter in regelmäßigen Abständen.

Zwischen der Projektleitung, der Projektkoordination und der wissenschaftlichen Begleitung erfolgt ebenfalls eine enge Abstimmung in Form von regelmäßigem telefonischen und E-Mail-Kontakt sowie durch Teilnahme der Wissenschaftlerin an Sitzungen in Wiesbaden.

Weiterhin fanden Klausuren des Projektteams mit der Geschäftsstelle des Forum Demenz-GeReNet.Wi statt. Der aktuelle Stand des Projektes und Zwischenergebnisse wurden regelmäßig im Beirat des Wiesbadener Netzwerkes für geriatrische Rehabilitation (GeReNet.Wi) zur Diskussion gestellt.

Mit dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration wurden regelmäßige Zielesteuerungsdialoge geführt, in denen Ziele und Maßnahmen festgelegt, überprüft und fortgeschrieben wurden.

3. Beschreibung der Maßnahmen und deren Umsetzung und Ergebnisse

Um das übergeordnete Projektziel eines sektorenübergreifenden Überleitungsmanagements umzusetzen, wurden fünf Teilziele definiert. Diese sollten mittels verschiedener Maßnahmen umgesetzt werden (vgl. Abb. 1).



Abbildung 1: Ziele- und Maßnahmenbaum

In den folgenden Kapiteln 3.1 bis 3.6 werden die einzelnen Maßnahmen in den Schwerpunkten beschrieben und auf deren Umsetzung und Ergebnisse eingegangen.

3.1 Verfahren zur sozialen Überleitung ins häusliche Umfeld

Die Sicherstellung einer strukturierten Entlassung älterer Menschen in eine stabilisierende poststationäre Versorgungssituation, stand im Fokus des Verfahrens „soziale Überleitung“.

Ziel war es, ältere Klinikpatienten mit sozialem Bedarf in den Kliniken zu identifizieren, ihre häuslichen Unterstützungsbedarfe zu erkennen, entsprechende Hilfen einzuleiten und deren Wirkung überprüfen zu können. Das in den drei Akutkliniken Wiesbadens implementierte Überleitungsverfahren wurde im Entwicklungs- und Implementierungsprozess wissenschaftlich begleitet (formative Evaluation) und hinsichtlich seiner Wirksamkeit bewertet (summativ Evaluation).



Abbildung 2: Arbeitsphasen Verfahren soziale Überleitung

Das Verfahren wurde bis Oktober 2017 im Nachsorgezirkel entwickelt und abgestimmt. Die Implementierung des Verfahrens und der Instrumente in den Kliniken und der Nachsorge begann im November 2017 und wurde im Juni 2018 abgeschlossen.

3.1.1 Inhaltliche Vorarbeiten und Abstimmungsprozesse

Die Herstellung eines Konsenses zu Verfahrensinhalten und Vorgehen zwischen allen am Verfahren beteiligten Akteuren stand im Mittelpunkt der Vorarbeiten im Nachsorgezirkel. In einer konstituierenden Sitzung im August 2016 wurden die zentralen Ergebnisse der Studie „Nachsorge nach Krankenhausaufenthalt“ (vgl. Schönemann-Gieck 2017) durch die wissenschaftliche Begleitung vorgestellt sowie die daraus abgeleiteten Handlungsfelder zur Diskussion gestellt. Deutlich wurde hierbei die notwendige Begriffsklärung hinsichtlich sozialer Handlungsbedarfe.

Begriffsbestimmung „sozialer Handlungsbedarf“, Festlegung der Einschlusskriterien des Verfahrens

Die Abstimmung der Kriterien für die Zielgruppe bedurfte eines längeren Klärungsprozesses. Hier begleitete die Wissenschaftlerin bei der Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses des sozialen Handlungsbedarfs. Zunächst stellte sie Beispiele für und Aussagen zum Thema der Interviews mit den Klinikmitarbeitenden in der Studie „Nachsorge nach Krankenhausaufenthalt“ zur Diskussion. Diese wurden – gemeinsam mit Fallbeispielen aus der Praxis – zur inhaltlichen Abgrenzung des Phänomens genutzt. Weiterhin unterstützte die Wissenschaftlerin diesen Klärungsprozess durch mehrere theoretische Inputs im Nachsorgezirkel und im Beirat des GeReNet.Wi. Die Beiträge stützten sich dabei insbesondere auf das Modell der International Classification of Functioning, Disability and Health (WHO, ICF).² Grundannahme ist dabei, dass sich soziale Handlungsbedarfe aus einem Zusammenspiel persönlicher und umweltbezogener Faktoren (Kontextfaktoren) ergeben und die Bewertung des sozialen Handlungsbedarfs immer einer Abwägung des Zusammenspiels und der Interaktionen dieser Konstellationen bedarf. Folgende Zielgruppenmerkmale wurden festgelegt:

Patienten ab 60 Jahren³, die nach Hause entlassen werden sollen und mindestens einen der drei folgenden Unterstützungsbedarfe aufweisen:

1. Fehlen einer handlungsfähigen und handlungsbereiten Bezugsperson (Kümmerer) – z. B. Angehörige, Nachbarn und keine Anbindung an ambulante Dienste,
2. Erkrankung mit daraus folgenden Beeinträchtigungen der Versorgung (hauswirtschaftlicher, pflegerischer Bedarf, Hilfsmittelbedarf),
3. unklare, häusliche Situation – wie z. B. Barrieren im häuslichen Umfeld, Hinweise auf Verwahrlosung, finanzieller Unterstützungsbedarf.

Abbildung 3: Einschlusskriterien des Verfahrens soziale Überleitung

² Die ICF dient zur fach- und länderübergreifenden, einheitlichen und standardisierten Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustands, der Behinderung und der sozialen Beeinträchtigung, wobei es explizit die relevanten Umgebungsfaktoren eines Menschen (Kontextfaktoren) mit berücksichtigt. Zudem ist die ICF – im Gegensatz zu seinem Vorgänger-Modell (ICIDH) nicht primär defizitorientiert, sondern ermöglicht die Abbildung von Faktoren der sozialen, räumlichen und infrastrukturellen Umwelt – sowohl als Barrieren als auch als Ressourcen.

³ Um die Altersgrenze der Zuordnung zwischen Pflegestützpunkt und Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter anzupassen, wurde die Altersgrenze für das Verfahren nachträglich von 65 auf 60 Jahre gesenkt.

Abstimmung der sektorenübergreifenden Zuständigkeiten

Da das Verfahren sektorenübergreifend konzipiert werden sollte, war es notwendig abzustimmen, welche Akteure in den Kliniken bzw. in der Nachsorge welche Aufgabenbereiche der sozialen Hilfeplanung verantworten. Die Abstimmung darüber, ob soziale Hilfen in der Klinik oder von der Nachsorge eingeleitet werden, erfolgte ebenfalls im Rahmen mehrerer Sitzungen des Nachsorgezirkels. Die finale Aufteilung der Verantwortlichkeiten für soziale Hilfen wurde wie folgt beschlossen:

Zuständigkeiten in der Klinik	Zuständigkeit in der Nachsorge
Eilbegutachtung für einen Pflegegrad	Finanzielle Hilfen (Grundsicherung im Alter, Kostenübernahme von ungedeckten Pflegekosten, Wohngeld, Befreiung von der Rundfunkgebührenpflicht, Sozialtarif Telekom, Zuzahlungsbefreiung der gesetzlichen Krankenkassen, Blindengeld, Informationen zur Schuldnerberatung, Stromkostenzuschuss durch die Krankenkasse etc.)
Essen auf Rädern	
Hausnotruf	
Hilfsmittel	
Haushilfe	
Pflegedienst	
Kurzzeitpflege und Dauerpflege stationär	
24-Stunden-Betreuung (Einzelfälle)	
Ambulante Palliativversorgung (SAPV)	
Hospizplatz	
Schwerbehindertenausweis	Wohnen im Alter und für Menschen mit Behinderung
Eilanträge für gesetzliche Betreuung	Hilfen bei Demenz
Hilfsangebote in Notlagen	Rechtliche Vorsorge
Selbsthilfegruppen	Kontakt- und Freizeitangebote
	Selbsthilfegruppen

Die Frage, in wie weit diese theoretische Aufteilung in der Praxis umgesetzt werden konnte, war Gegenstand der Evaluation (vgl. Kapitel 3.1.5).

Festlegung der Kriterien für einen Beratungsbesuch

Eine weitere Absprache zwischen Kliniken und Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter betraf das Angebot eines Beratungsbesuches in den Kliniken. In der Regel können die Absprachen zwischen dem Kliniksozialdienst und den Beratungsstellen telefonisch oder per Info-Fax erfolgen. In Einzelfällen kann es jedoch notwendig sein, dass ein Mitarbeitender der Beratungsstelle den Patienten vor seiner Entlassung in der Klinik besucht und die Situation mit dem Patienten im Krankenhaus bespricht. Da dies mit einem hohen personellen und zeitlichen Aufwand für die Mitarbeitenden verbunden ist und nach Einschätzung der Nachsorgenden auch nur unter bestimmten Bedingungen einen Nutzen für die Überleitung des Patienten verspricht, wurden die Kriterien für einen Beratungsbesuch in den Kliniken wie folgt definiert:

- (1) Klient/in und dessen häusliche Situation ist der Beratungsstelle bekannt, d.h. es besteht eine tragfähige Beratungsbeziehung und
- (2) der häusliche Versorgungsbedarf gestaltet sich kritisch und
- (3) der Klient zeigt wenig bis keine Compliance (lehnt z.B. alle empfohlenen und als notwendig erachteten Hilfen ab).

Abbildung 4: Kriterien für einen Klinikbesuch der Beratungsstellen

Zeigt sich der Klient in der Klinik sehr hilfebedürftig aber wenig kooperativ, kann ein gemeinsamer Termin von Kliniksozialdienst und Beratungsstelle ausgemacht werden, um eine engmaschige Überleitung zur Sicherstellung der Versorgungs- und Beratungskontinuität zu garantieren.

Zeigt sich der Klient in der Klinik selbständig und unauffällig und äußert er keine Hilfebedarfe und weiß die Beratungsstelle aber um eine kritische häusliche Situation, kann ein gemeinsamer Termin mit dem Ziel initiiert werden, einen gemeinsamen Wissensstand und eine gemeinsame Zielsetzung von Kliniksozialdienst und Beratungsstelle zu erreichen und die Entlassplanung anzupassen.

Klärung der datenschutzrechtlichen Grundlage des Verfahrens

Die Weitergabe personenbezogener Daten stellte von Anfang an einen Diskussionspunkt im Nachsorgezirkel dar. Datenschutzrechtliche Befürchtungen der Klinikmitarbeitenden bezogen sich zum einen auf die Weitergabe personenbezogener Daten an die Dienstleister im Nachsorgebereich und zum anderen an die Weitergabe von Verlaufsdaten zur Auswertung an die wissenschaftliche Begleitforschung.

Die Vorbehalte gegenüber der Weitergabe von Verlaufsdaten an die Wissenschaft konnte durch die Zusicherung der Pseudonymisierung vor Übermittlung an die Wissenschaftlerin ausgeräumt werden.⁴

Eine datenschutzrechtliche Grundlage für die Übermittlung personenbezogener Informationen zwischen Kliniksozialdienst und Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter wurde in § 8 des Rahmenvertrags Entlassmanagement nach § 39 Abs. 1a SGB V gefunden.⁵

⁴ Anonymisierte oder pseudonymisierte Daten gelten lt. § 3 BDSG nicht als personenbezogen und können uneingeschränkt bearbeitet, genutzt und weitergegeben werden.

⁵ Durch die schriftliche Einwilligung des Patienten/seines gesetzlichen Vertreters in Anlage 1b des Rahmenvertrags wird der Weitergabe erforderlicher Daten an Weiterbehandler zugestimmt.

3.1.2 Entwicklung des Verfahrens

In Anlehnung an den Idealtyp einer Intervention, den „Public Health Action Cycle“ (vgl. Rosenbrock 1995), wurde das Verfahren zur Überleitung von Patienten mit sozialem Handlungsbedarf aus der Klinik in die Häuslichkeit sektorenübergreifend angelegt. Es fußt auf vier Verfahrensschritten: 1. Die Bestimmung des zu bearbeitenden Problems, 2. die Konzipierung und Festlegung einer geeignet erscheinenden Strategie, 3. die Umsetzung der definierten Maßnahmen sowie 4. die Bewertung der erzielten Wirkungen.

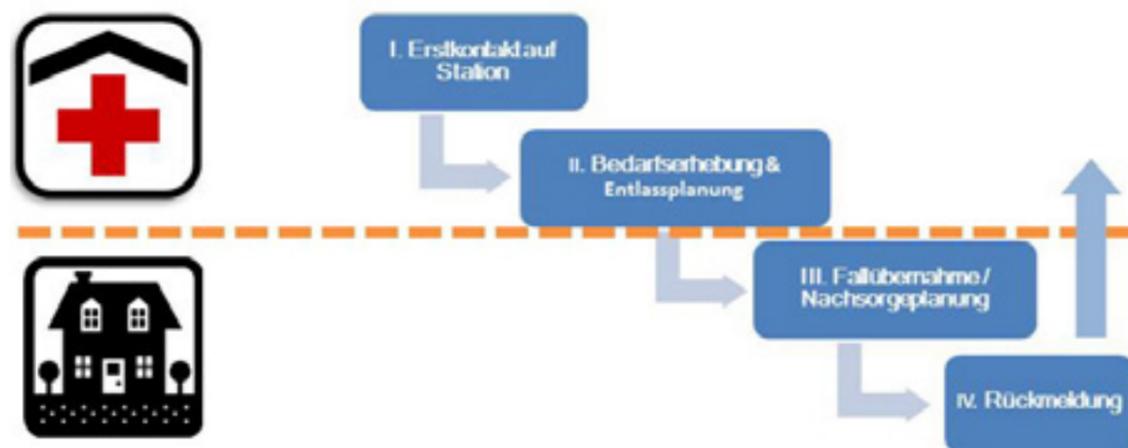


Abbildung 5: Verfahrensschritte soziale Überleitung

Erläuterung zur Umsetzung des Verfahrens:

- (1) Die Identifizierung der Patienten mit sozialem Handlungsbedarf erfolgt anhand der in 3.1.1 beschriebenen Zielgruppenkriterien. Kommt der betreffende Patient für das Verfahren in Frage, befragt ein Klinikmitarbeitender den Patienten bzw. seinen Angehörigen oder gesetzlichen Vertreter nach dem aktuellen gesundheitlichen und seelischen Befinden sowie der Situation zu Hause. Hierfür nutzt er das Instrument „Grunddaten zur Person“ (s. u.).
- (2) Die Einschätzung des sozialen Versorgungsbedarfs erfolgt unter Berücksichtigung der Selbständigkeit förderlichen und hinderlichen Personen- und Umweltfaktoren. Der Klinikmitarbeitende ermittelt anhand des Instruments „Entlassplanung_ sozial“ – zusammen mit dem Patienten bzw. seinen Angehörigen oder gesetzlichen Vertretern – die Unterstützungsbedarfe nach der Entlassung und organisiert die abgesprochenen Maßnahmen.
- (3) Die Klinik übermittelt spätestens 24 Stunden vor Entlassung die beiden Instrumente an die zuständige Beratungsstelle für selbständiges Leben im Alter. Die Beratungsstelle nimmt möglichst innerhalb eines – spätestens jedoch am zweiten Werktag nach Entlassung – Kontakt zum Patienten / seinen Angehörigen oder gesetzlichen Vertretern auf und organisiert noch fehlende Hilfen. Die eingeleiteten Maßnahmen werden im „Dokumentationsbogen“ notiert.

- (4) Etwa zwei Wochen nach Entlassung beurteilt die Beratungsstelle erneut die Stabilität der häuslichen Versorgungssituation und gibt dem einweisenden Klinikmitarbeitenden Rückmeldung zur Entlassplanung und Nachsorge.

3.1.3 Ausarbeitung des Evaluationskonzeptes

Die Auswertung der Überleitungsverfahren stützt sich auf die drei im Verfahren implementierten Instrumente, die auf vier Messzeitpunkte rekurren: Das Screening (T₁), die Entlassplanung in der Klinik (T₂), die Übernahme und Kontaktierung des Patienten durch die Beratungsstellen (T₃) und das etwa 14 Tage nach Entlassung durchgeführte Feedback an die Kliniken (T₄). Zur Datenerfassung während der Evaluationsphase wurden folgende Instrumente von der Wissenschaftlerin entwickelt, im Nachsorgezirkel vorgestellt und mit kleineren Anpassungen angenommen.

Das zum ersten Messzeitpunkt (T₁) eingesetzte Instrument zur Abschätzung möglicher poststationärer sozialer Handlungsbedarfe unter Berücksichtigung der Ressourcen und Barrieren im häuslichen Bereich (Instrument „soziale Grunddaten“)⁶ wurde in den Kliniken durch das zuständige Personal ausgefüllt. Zur Erfassung der bereits bestehenden, noch notwendigen und eingeleiteten sozialen Hilfen und zur Prognose der poststationären Versorgungsstabilität zum zweiten Erhebungszeitpunkt (T₂) wurde das Instrument „Entlassplanung_ sozial“ vom Klinikpersonal angewandt. Beide in den Kliniken ausgefüllten Instrumente wurden – zusammen mit dem bereits etablierten Kommunikationsinstrument „Info-Fax“ an die Beratungsstellen gefaxt.

Direkt nach der Fallübernahme (T₃) vermerkten die Beratungsstellenmitarbeiter ihre fallbezogenen Einschätzungen und Vorgehensweisen anhand eines „Dokumentationsbogens“. In diesem notierten die Mitarbeitenden nach 14 Tagen (T₄) ihre Einschätzung hinsichtlich des weiteren Nachsorgebedarfs und faxten das Instrument als Feedback zurück an die Kliniken. Alle drei Erhebungsbögen wurden abschließend zentral gesammelt und in anonymisierter Form dem Institut für Gerontologie in Heidelberg zur Auswertung übermittelt.

3.1.4 Umsetzungsphase

Die Einführung des Verfahrens wurde durch den sich zu dem Zeitpunkt im Schiedsstellenverfahren befindlichen Rahmenvertrag zum Entlassmanagement (SGB V §39, Absatz 1a) verzögert. Die Verantwortlichen baten um eine Einführung erst nach Inkrafttreten des Rahmenvertrags. Dies war zunächst für Juli 2017 geplant, verzögerte sich jedoch bis zum Oktober, so dass das Verfahren schließlich im November 2017 in den Kliniken implementiert werden konnte.

Über die Auswahl der Stationen, in denen das Verfahren erprobt und evaluiert wurde, entschieden die Kliniken selbst. Ebenso wurde die Festlegung der personellen Zuständigkeiten für die einzelnen Schritte den Kliniken selbst überlassen. Dies schien am praktikabelsten, da das Entlassmanagement jeder Klinik unterschiedlich strukturiert ist und unterschiedliche Akteure einbindet.

⁶ Alle Erhebungsbögen finden sich im Anhang.

3.1.5 Erfahrungen und Befunde zur Implementierung

Das Verfahren wurde in den drei Kliniken in verschiedenen Stationen eingeführt und die Datenerhebung unterschiedlichen Professionen zugeordnet.

Klinik A führte das Verfahren zunächst auf einer chirurgischen Station ein. Das Screening der Personen mit sozialem Handlungsbedarf oblag den Stationsärzten, die dann den Sozialdienst mit der sozialen Entlassplanung beauftragten. Die Erhebung der Grunddaten oblag der Pflege bzw. dem Stationssekretär.

In Klinik B wurde das Verfahren in drei geriatrischen Stationen implementiert. Hier wurden aus Gründen der eingeschränkten personellen Ressourcen interimweise beschäftigte Physician Assistances mit dem Screening beauftragt. Die Grunddaten wurden durch den Stationssekretär erhoben, die Entlassplanung oblag dem Sozialdienst.

Klinik C, die das Verfahren in der Gefäßchirurgie⁷ und der Zentralen Notaufnahme einführt, beauftragte eine Person im Sozialdienst mit der Erhebung der Grunddaten und der Entlassplanung. Die Auswahl der Patienten mit sozialen Bedarfen erfolgte auf Station im Rahmen von Frühbesprechungen unter Anwesenheit des Sozialdienstes. In der Zentralen Notaufnahme übernahm der Arzt die Identifikation der Patienten mit sozialem Bedarf und beauftragte dann den Sozialdienst.

Um eine Stichprobe von 70 kompletten Überleitungsfällen zu erreichen, wurden von der Wissenschaft 150 identifizierte Personen avisiert.⁸ Die Evaluationsphase wurde zunächst auf vier Wochen festgelegt – dieser Zeitraum schien für die geplante Stichprobengröße aus Sicht der Kliniken ausreichend. Aufgrund geringer Rückläufe (zu den möglichen Ursachen siehe unten) wurde eine Ausweitung des Erhebungszeitraums zunächst auf drei Monate und schließlich auf 9 Monate beschlossen. Zudem erweiterte Klinik A ihre Rekrutierungsbasis indem sie das Verfahren auf die gesamte Klinik ausweitete – mit Ausnahme der Intensivstation und der Zentralen Notaufnahme.

Im Juni 2018 wurde die Erhebung im Rahmen der Evaluation beendet. Trotz der Maßnahmen zur Erhöhung der Teilnehmerzahl konnten nur 10 komplette Datensätze (T₁-T₄) gewonnen werden (Klinik A: 7, Klinik B 0, Klinik C: 3).

Um auf eine größtmögliche Datenbasis zur Auswertung der patientenbezogenen Daten zurückgreifen zu können, wurden Klinikdaten der ersten beiden Messzeitpunkte gesondert ausgewertet, so dass hier inclusive der kompletten Datensätze auf eine Stichprobe von n = 50 zurückgegriffen werden konnte. In die Auswertungen der Nachsorgedaten wurden auch diejenigen Patienten einbezogen, die nicht über das neue Verfahren zu den Beratungsstellen übergeleitet wurden, die sich jedoch im Anschluss an einen Klinikaufenthalt aus einer der drei Kliniken in Betreuung der Beratungsstellen befanden, so dass als Datenbasis für die Nachsorge letztendlich insgesamt n = 35 Fälle ausgewertet werden konnten.

Tabelle 1: Stichprobe Verlaufsdaten Verfahren soziale Überleitung

	Klinik A	Klinik A	Klinik A	Gesamt
Daten komplett (T ₁ -T ₄)	7	0	3	10
Nur Klinikdaten (T ₁ /T ₂)	4	31	5	40
Nur Daten der Beratungsstellen (T ₃ /T ₄)	7	11	7	25

⁷ In der Gefäßchirurgie gibt es aufgrund vieler Diabetiker und vieler keimbelasteter Patienten extrem viele Überleitungsfälle mit sozialen Bedarfen.

⁸ Die der Hochrechnung zu Grunde gelegte Drop-Out-Quote von gut 50% orientierte sich an Erfahrungen im GeReNet.Wi I (vgl. Haas, Schönemann-Gieck & Weber, 2007).

Die niedrigen Fallzahlen sowie die großen klinikbezogenen Unterschiede weisen auf Probleme bei der Implementierung des Verfahrens hin. Die aktuellen Zahlen wurden mehrfach im Nachsorgezirkel vorgestellt und mögliche Gründe für die verzögerte Umsetzung des Verfahrens erörtert:

- Insbesondere in Klinik A, in der das Verfahren zunächst auf chirurgischen Stationen eingeführt worden war, wurden viele Patienten mit sozialem Überleitungsbedarf nicht nach Hause, sondern zunächst in eine Anschlussversorgung (Geriatric oder Rehabilitationseinrichtung) übergeleitet. Aufgrund des Einschlusskriteriums „Entlassung nach Hause“ wurden diese Patientinnen und Patienten ausgeschlossen.⁹ Ebenso fielen diejenigen Patienten aus dem Verfahren, bei denen eine Pflegeüberleitung (d. h. Weitergabe des Falles an einen ambulanten Pflegedienst) erfolgte.
- Die Einbindung der Physician Assistances in die Bedarfserhebung war zunächst als sinnvoll erachtet worden, weil diese Mitarbeitenden für zwei Monate in den Klinikbetrieb eingebunden und mit dieser Aufgabe betraut werden konnten – ohne das bestehende Klinikpersonal mit den zusätzlichen Aufgaben im Verfahren zu belasten. Es stellte sich jedoch im Laufe der Evaluationsphase heraus, dass die Physician Assistances zwar teilweise die Bedarfserhebung durchführten, eine Weiterleitung der Bögen an die Beratungsstellen aufgrund fehlender Kenntnisse der Verfahrensabläufe jedoch nicht erfolgte. Aus diesem Grund gab es in Klinik B überhaupt keine kompletten Überleitungsfälle.
- In Klinik C zeigten sich Schwierigkeiten bei der Patientenerfassung in der Zentralen Notaufnahme. Zwischen der Identifikation sozialer Bedarfe durch den Arzt und dem Aktivwerden des Sozialdienstes bestanden Hemmnisse im Verfahren. Diskutiert wurden hier die fehlende Beachtung sozialer Bedarfe durch den Arzt und die Aufnahme von Patienten auf Stationen, für die die Mitarbeiterin des Sozialdienstes nicht zuständig ist.
- Weiter wurden Probleme in der Konfigurierung des Klinikinformationssystems als Implementierungsbarriere genannt, da die Datenerfassung aus technischen Gründen nicht wie vorgesehen in die EDV integriert werden konnte.
- Aus einer Klinik wurde berichtet, dass immer wieder auch bei Patienten unter 60 Jahren sozialer Überleitungsbedarf festgestellt würde. Es wurde daher mit dem kommunalen Pflegestützpunkt abgesprochen, dass diese Patienten vom Pflegestützpunkt übernommen und weiter versorgt werden.¹⁰

Die Vertreter der Kliniken waren sich einig, dass die größten Gefahren zum Abbruch eines Verfahrens zwischen der Identifizierung der Patienten und der Einschaltung des Sozialdienstes bestehen. Um den Schritt der Informationsweiterleitung von Station zum Krankenhaussozialdienst besser zu implementieren, wurde vereinbart das Klinikpersonal auf den Stationen und in der Notaufnahme für Patienten mit sozialem Hilfebedarf zu sensibilisieren. Als geeignetes Forum wurden die Dienstbesprechungen der Stationsleitungen genannt und entsprechend umgesetzt (vgl. 3.4).

⁹ Im Projekt wurde zu einem späteren Zeitpunkt beschlossen, diese Patienten ebenfalls im Auge zu behalten, indem bei Entlassung aus der Akutklinik und Überleitung in eine Anschlussklinik bereits die zuständige Beratungsstelle für selbständiges Leben im Alter von der Überleitung des Patienten via Info-Fax in Kenntnis gesetzt und der voraussichtliche Entlasszeitpunkt aus der Anschlussklinik mitgeteilt wird. Diese Informationen wurden im Rahmen der Stationsleitersitzungen (vgl. 3.4) erläutert.

¹⁰ In Wiesbaden ist der kommunale Pflegestützpunkt der soziale Dienst für Personen zwischen Jugend- und Altenhilfe.

3.1.6 Ergebnisse der patientenbezogenen Evaluation

Die Evaluation der personenbezogenen Verläufe im sozialen Überleitungsverfahren stützt sich – wie oben begründet – auf unterschiedliche Stichproben: Da lediglich zehn Patienten über alle vier Messzeitpunkte hinweg verfolgt werden konnten, wird bei der Analyse der Stichprobe auf die Klinikdaten (T₁ und T₂) der identifizierten Patienten rekurriert – auch wenn das Verfahren nicht weitergeführt wurde. Die Beschreibung der poststationären Befunde und Aktivitäten der Beratungsstellen bezieht sich auch auf Klienten in der postklinischen Nachsorge, die nicht mit dem neuen Verfahren übergeleitet wurden. Im Erhebungszeitraum 11/2017–06/2018 dokumentierten die Kliniken 50 Patienten mit sozialen Bedarfen und die Beratungsstellen 35 Überleitungsfälle aus den Kliniken (T₃ und T₄).

Stichprobenbeschreibung¹¹

Die rekrutierten Patienten waren überwiegend weiblich und das Durchschnittsalter bei Klinikentlassung lag bei 81 Jahren. Mit einer Streuung von 61 bis 96 Jahren waren die Altersdifferenzen hoch (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Stichprobenbeschreibung Klinik

Geschlecht (n=75)	71 % weiblich	29 % männlich
Alter bei Klinikentlassung* (n=63)	81,0 ± 8,1 (61–96 Jahre)	
Anteil der Notfallaufnahmen (n=48)	79 %	
Mittlere Verweildauer (n = 45)	14,8 ± 8,2 Tage 60 % MVD > 15 Tage (max. 32)	
Entlassort (n = 47)	Direkt nach Hause:	37 (79 %)
	Zunächst woanders hin:	10 (21 %)

Der Anteil der notfallmäßig aufgenommenen Patienten liegt bei knapp 80%. Nur jede fünfte Aufnahme erfolgte elektiv, d. h. geplant. Die Aufenthalte im Krankenhaus dauerten im Mittel 14,8 Tage – auch hier ist die Streuweite mit bis zu 32 Tagen sehr hoch. Nach dem Aufenthalt wurden 79% der Stichprobe direkt nach Hause entlassen.

¹¹ Aufgrund teilweise sehr lückenhaft ausgefüllter Erhebungsbögen werden im Folgenden die Stichprobengrößen mit aufgeführt, wenn sie von den genannten Substichproben abweichen.

Kompetenzen und Einschränkungen der Teilnehmer

Die identifizierten Patienten stellten erwartungsgemäß eine Personengruppe mit deutlichen Einschränkungen in den unterschiedlichen Kompetenzbereichen dar (vgl. Abb. 5).

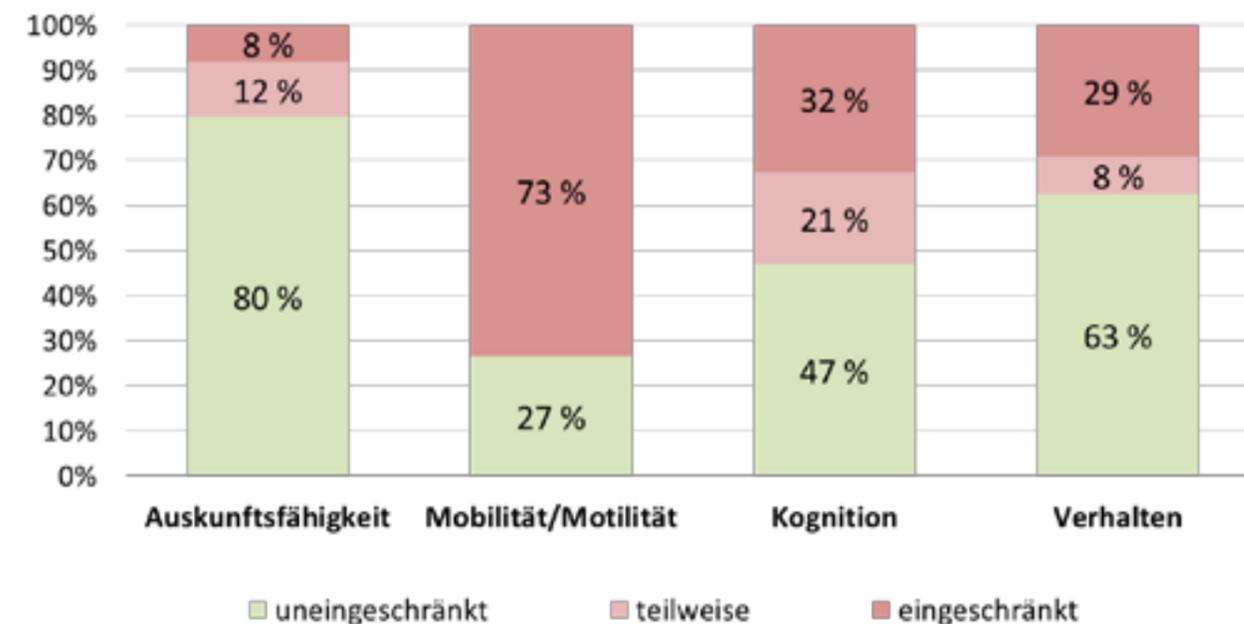


Abbildung 6: Kompetenzen und Einschränkungen der Stichprobe

Bei jedem fünften Patienten bemerkten die Klinikmitarbeitenden eine eingeschränkte Auskunfts-fähigkeit – vorwiegend aufgrund einer demenziellen Veränderung, aber auch Sprachbarrieren und Schwerhörigkeit des Patienten wurden hier aufgeführt. Funktionelle Einschränkungen der Mobilität/Motilität, Beweglichkeit und Kontinenz wiesen fast drei Viertel der Patienten auf. Mehr als jeder zweite litt unter kognitiven Problemen oder Auffälligkeiten wie Orientierungs-, Gedächtnisstörungen, gestörtes Planen von Handlungsabläufen etc. Weiterhin fielen Verhaltensauffälligkeiten – dazu zählen depressive Verstimmung, Apathie, Aggressivität, Hin-/Weglauffendenzen etc. – bei über einem Drittel der rekrutierten Personen auf.



Hilfebedarfe und bereits bestehende Unterstützung

In der Bedarfserhebung wurde zunächst eine Bestandsaufnahme der bereits bestehenden Hilfen durchgeführt. Hier zeigte sich, dass nur 2% Leistungen der Sozialhilfe in Anspruch nehmen. Bei knapp der Hälfte war bereits ein ambulanter Dienst in die häusliche Versorgung involviert. Hinweise auf Barrieren im häuslichen Bereich oder einen Hilfsmittelbedarf lagen für je etwa ein Drittel der Stichprobe vor.

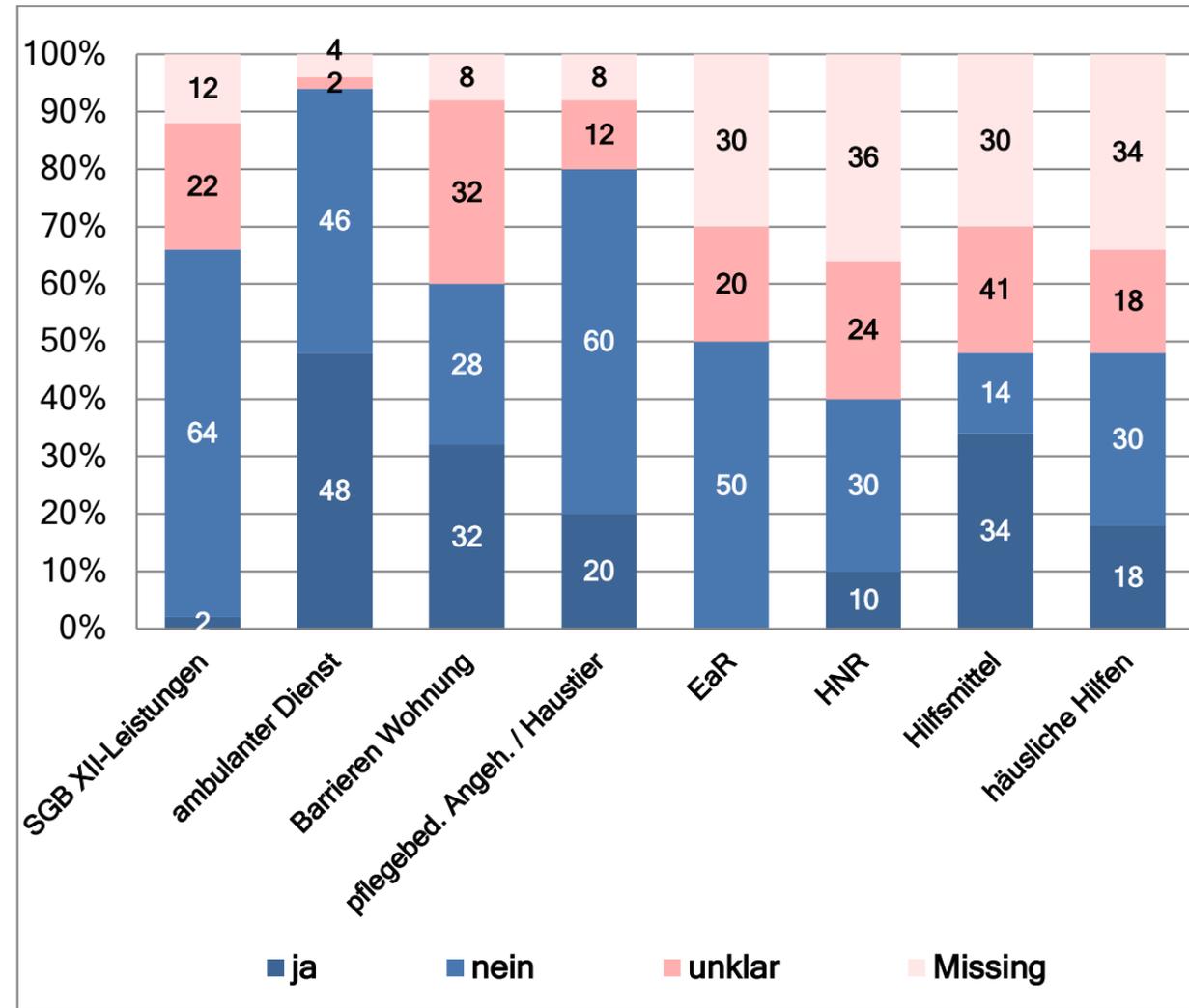


Abbildung 7: Häusliche Versorgungssituation (in %)

Auffällig erschien der hohe Anteil fehlender Werte. Bei der Erhebung der Versorgungsbedarfe konnte in der Klinik offensichtlich vielfach nicht auf valide Angaben zurückgegriffen werden. Besonders häufig lagen keine Angaben zu einer Versorgung mit Essen auf Rädern, Hausnotruf, der Hilfsmittelversorgung und häuslichen Hilfen vor. Bei jedem fünften Patienten blieb unklar, ob es zu Hause ungedeckte Versorgungsbedarfe (pflegebedürftige Angehörige, Haustiere etc.) gab und in jedem dritten Fall konnte die Wohnsituation hinsichtlich möglicher Barrieren nicht eingeschätzt werden.

Verfügbarkeit eines „Kümmers“ in der Versorgung

Die Einschätzung, inwiefern ein sog. „Kümmers“ für die häusliche Versorgung zur Verfügung steht, stellte ein mögliches Einschlusskriterium für die Patienten dar, wobei deren potenzielle Handlungsfähigkeit und Bereitschaft zur Übernahme entsprechender Aufgaben eine Voraussetzung darstellten (vgl. 3.1.1).

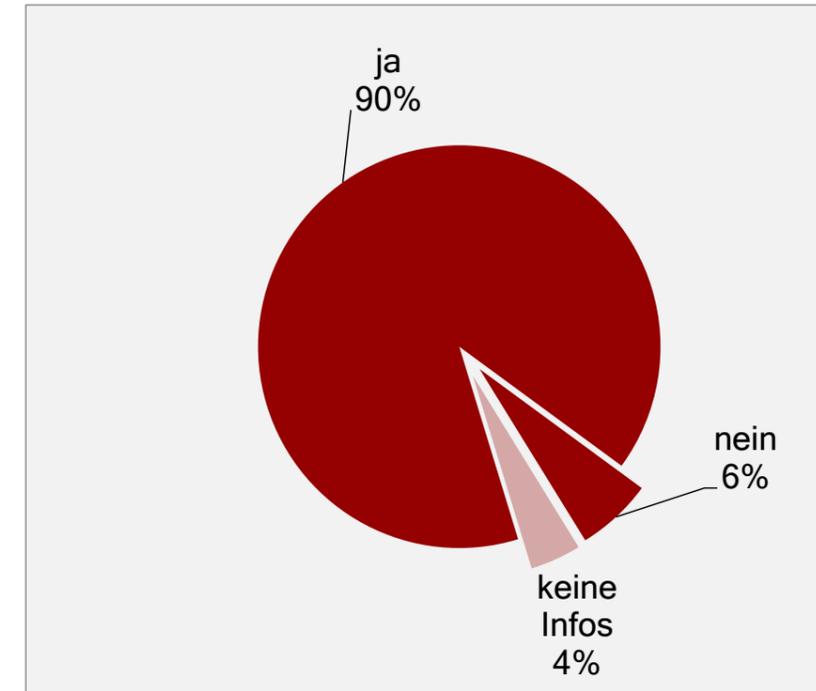


Abbildung 8: Patienten mit „Kümmers“ (%; N = 28)

Der Anteil an Patienten, der nach Einschätzung des Klinikpersonals über einen „Kümmers“ verfügte, lag mit 90% überraschend hoch. Die Funktion oblag in fast zwei Drittel der Fälle (n = 19) Familienangehörigen.

Bei einer Auswertung der Spontannennungen zu den Aufgaben und Einsatzbereichen dieser Personen stellte sich jedoch heraus, dass in den Kliniken vor allem Ansprechpartner für die Klinikmitarbeitenden oder rechtliche Vertreter als „Kümmers“ bezeichnet worden waren. Dauerhaft und zuverlässig verfügbare Unterstützungspersonen waren hier eher nicht gemeint.



Bedarfsplanung sozialer Unterstützungsmaßnahmen

Die soziale Entlassplanung bezog sich auf diejenigen sozialen Hilfen, die im Rahmen der Vorarbeiten dem Verantwortungsbereich der Klinik zugeordnet worden waren (vgl. Kapitel 3.1.1). Da sich die Einschätzung jeweils auf diejenigen Patienten bezog, die einen Bedarf in dem jeweiligen Bereich aufwiesen, variieren hier die Stichprobengrößen. In Tabelle 3 sind die entsprechenden Hilfen aufgeführt und vermerkt, wie häufig eine entsprechende Beratung in den Kliniken erfolgen konnte bzw. ob bereits während des Aufenthaltes eine Maßnahme organisiert werden konnte.

Tabelle 3: Bedarfsplanung soziale Hilfen

Soziale Hilfe	Bedarf (n)	Beratung erfolgt	Hilfe organisiert
Eilbegutachtung für Pflegegrad	20	45 %	25 %
Hilfsangebote in sozialen Notlagen	20	35 %	10 %
Essen auf Rädern (EaR)	30	53 %	3 %
Hausnotruf (HNR)	34	53 %	15 %
Hilfsmittel	33	46 %	24 %
Haushilfe	28	54 %	18 %
Pflegedienst	29	41 %	38 %
Kurzzeitpflege	12	42 %	–
24-Stunden-Betreuung	9	33 %	–
spez. amb. Palliativvers. (SAPV)	6	33 %	–
Eilanträge gesetzliche Betreuung	9	44 %	–

Wie in Tabelle 3 ersichtlich unterscheidet sich die Bedarfslage hinsichtlich der sozialen Hilfen beträchtlich: Während eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) lediglich bei 6 Patienten als notwendig erachtet wurde, lag die Anzahl der Patienten, bei denen ein Bedarf eines Hausnotrufes gesehen wurde, bei (n = 34). Weiterhin überdurchschnittlich häufig bestand aus Sicht der Sozialdienste die Notwendigkeit an Hilfsmitteln, Essen auf Rädern und Haushilfen.

Eine Beratung zu den notwendigen sozialen Hilfen erfolgte in 33 bis 54% der Fälle. Hauptthemen, zu denen beraten werden konnte, betrafen Hausnotruf, Essen auf Rädern oder eine Versorgung mit Hilfsmitteln. Eher selten waren eine 24-Stunden-Betreuung oder SAPV Gegenstand der Beratung.

Die Einleitung sozialer Hilfen hängt von zahlreichen strukturellen Faktoren ab (z.B. Verfügbarkeit, Finanzierung) aber auch von der Bereitschaft zur Inanspruchnahme seitens des Patienten (vgl. Schönemann-Gieck 2013). Zudem stellten die Verweildauer des Patienten und damit die zeitlichen Ressourcen zur Einleitung von Hilfen durch den Kliniksozialdienst einen limitierenden Faktor dar. In der Erhebung wurden zwischen 33 und 54% der Patienten mit einem Beratungsbedarf zu den einzelnen Unterstützungsmaßnahmen in den Kliniken tatsächlich beraten. Eingeleitet wurden die erforderlichen Maßnahmen in 3 – 38% der Fälle. Damit ergab sich ein sehr hoher Anteil an Hilfen aus dem sozialen Bereich, die in den Kliniken nicht abschließend organisiert werden (konnten).

Einschätzung der Versorgungsstabilität

Die Prognose der Versorgungsstabilität zum Zeitpunkt der Entlassung stellte sich wie folgt dar (vgl. Abb. 9).

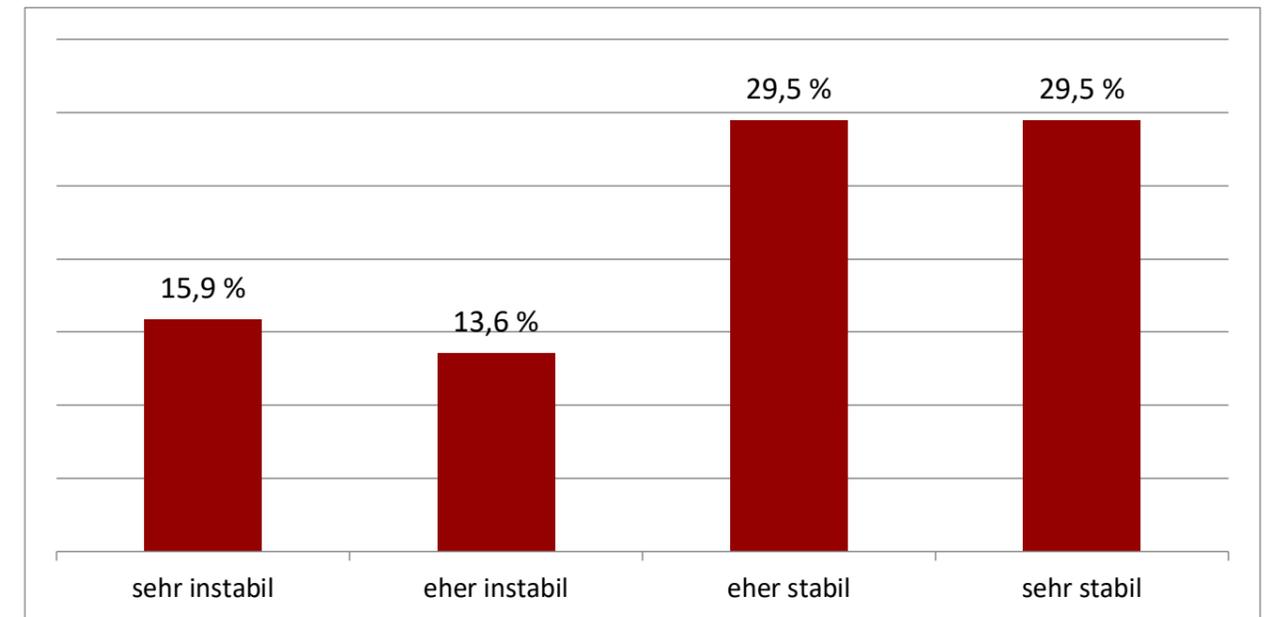


Abbildung 9: Einschätzung der Versorgungsstabilität bei Entlassung

Fast bei zwei Drittel der Patienten mit sozialem Handlungsbedarf schätzte der Sozialdienst die poststationäre Versorgungsstabilität als „eher“ stabil oder „sehr stabil“ ein. In etwa jedem dritten Fall wurde die Situation als eher instabil oder sehr instabil bezeichnet.

Weiterversorgung der Patienten nach Klinikentlassung

Zur Einschätzung der poststationären Versorgung wird auf die Stichprobe (n = 35) der Patienten zurückgegriffen, die im Erhebungszeitraum von den Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter in der Kliniknachsorge betreut wurden – auch wenn die Kontaktaufnahme nicht im Rahmen des Verfahrens soziale Überleitung erfolgte (vgl. Kapitel 3.1.5). Die Einschaltung der Beratungsstellen erfolgte überwiegend durch den Kliniksozialdienst (71,4%), teilweise auch durch Angehörige bzw. den Patienten selbst oder über einen ambulanten Pflegedienst (je 14,3%).

Bei dem Großteil der Klienten (59,4%) bezog sich die Nachsorgekontrolle nicht auf einen einzelnen Kontrollanruf, sondern es schlossen sich nach dem Erstkontakt durch die Beratungsstellen weitere Telefonate oder Hausbesuche an.

Der Kontakt zu den Patienten wurde zunächst überwiegend in Form eines Telefonanrufs initiiert (59,4%), in gut jedem dritten Fall führten die Beratungsstellen direkt einen Hausbesuch im Haushalt des Patienten durch. In einem Fall wurde ein Beratungsbesuch in der Klinik vorgenommen, bevor der Patient entlassen wurde.

Haupttätigkeitsfelder der Beratungsstellen innerhalb der ersten zwei Wochen nach Klinikaufenthalt waren die Beratung und Einleitung ambulanter Pflege- und Hauswirtschaftsdienste (58,3%), Unterstützung und Beratung bei der Beantragung finanzieller Hilfen (42,9%), die Einleitung einer Pflegebegutachtung (41,7%) und die Unterstützung bei rechtlichen Vorsorgemaßnahmen (38,9%). Weitere Tätigkeitsfelder

der Sozialarbeiter waren die Klärung von Wohnungsangelegenheiten und die Organisation von Grundreinigungen sowie die Unterstützung bei Anträgen und sonstigem Schriftverkehr. In etwa einem Viertel der Fälle (24,2%) wurde von Seiten der Beratungsstellen Kontakt zum Hausarzt aufgenommen – überwiegend um Verordnungen oder ärztliche Bestätigungen zu organisieren.

In knapp einem Drittel der Fälle (32,1%) wurde die Versorgungstabilität durch die Mitarbeiterinnen der Beratungsstellen auch zwei Wochen nach Entlassung aus der Klinik noch als eher oder sehr instabil bewertet.

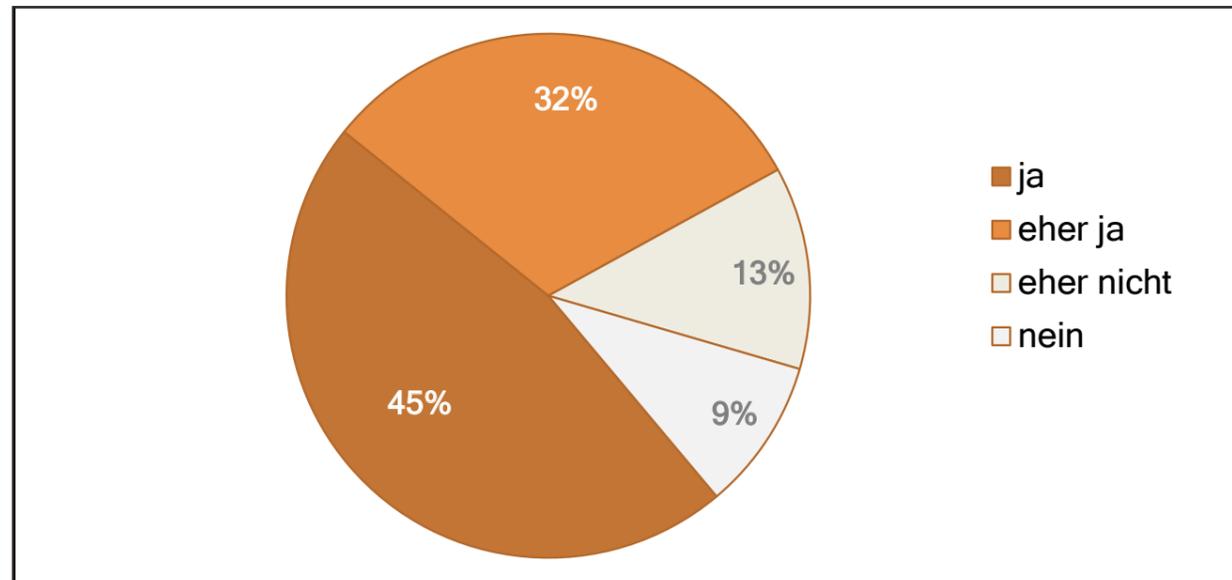


Abbildung 10: Notwendigkeit weiterer BS-Kontakte nach 14 Tagen

Fast bei drei Vierteln der Patienten (77%) waren fest weitere Beratungskontakte mit den Klienten geplant. Lediglich bei jedem zehnten Fall konnte die Nachsorge innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung aus dem Krankenhaus abgeschlossen werden.

3.1.7 Bewertung und Ausblick

Im Rahmen des Projektes GeReNet.Wi 3 wurde ein strukturiertes Entlassmanagement für Patienten mit sozialen Bedarfen entwickelt. Handlungsbedarfe aus dem sozialen Bereich stellen aufgrund der sich verändernden Patientenstruktur eine wachsende Herausforderung im Klinikbetrieb dar.

Gängige Konzepte zum Entlassmanagement berücksichtigen soziale Bedarfe nicht systematisch, obwohl sie in Kliniken ein entlassungsverzögerndes Element darstellen. Das Entlassmanagement stellt bei der Personengruppe vulnerabler älterer Patienten keine kurzfristige Intervention dar. Die Aufenthalte im Krankenhaus dauerten im Mittel 14,8 (\pm 8,2; 0-32) Tage und lagen damit mehr als doppelt so hoch wie die mittlere Verweildauer im gleichen Jahr in Kliniken bundesweit (vgl. DESTATIS 2016). Nur jeder fünfte Patient blieb im Rahmen des bundesdeutschen Durchschnitts, fast 2/3 der Stichprobe mit sozialen Handlungsbedarfen weist damit eine mindestens dreifach erhöhte Verweildauer auf.

Fragestellungen der wissenschaftlichen Begleitung wurden wie folgt formuliert: Kann es gelingen, Risikopersonen mit sozialen Handlungsbedarfen bereits in der Klinik zu erfassen, entsprechende Hilfen bereits im Krankenhaus einzuleiten und wie kann eine systematische Übergabe an den nachstationären Bereich organisiert werden? Welche Handlungsbedarfe zeigen sich bei den Risikopersonen nach der Entlassung und in wieweit können diese im häuslichen Setting aufgegriffen werden?

Die Implementierung des Verfahrens stellte eine hohe organisatorische und technische Herausforderung im Klinikalltag dar. Doch trotz eingeschränkter Datenbasis leisten vorliegende Befunde und Erfahrungen einen relevanten Beitrag zur Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung vulnerabler Patienten:

Die Rekrutierung der Patienten wurde durch die zeitgleiche Umsetzung des RV Entlassmanagement dahingehend erleichtert, als die Klinik von jedem Patienten bereits bei Klinikaufnahme das schriftliche Einverständnis zum Entlassmanagement und der damit verbundenen Datenverarbeitung einholt. Unklar ist allerdings bislang, wie mit Ablehnungen des Entlassmanagements umzugehen ist. Insbesondere vor dem Hintergrund der hier beschriebenen Patientengruppe mit teilweise geringer Adhärenz Hilfe- und Unterstützungsangeboten gegenüber besteht hier weiterer Evaluations- und ggf. Handlungsbedarf.

Auch wenn die Identifikation anhand der im Projekt entwickelten Einschlusskriterien gut funktionierte, so stieß die Meldung dieser Risikopersonen an den Sozialdienst häufig an organisatorische Grenzen. Insbesondere die mangelnde Flexibilität des Klinikinformationssystems begrenzte hier die automatische Weitergabe der Information. Dort wo der Sozialdienst an den täglichen Besprechungen auf Station eingebunden

war, bestand diesbezüglich kein Problem. Hier waren vielmehr Kapazitäts- und Zuständigkeitsgrenzen des Sozialdienstes bei Verlegung bereits identifizierter Patienten auf andere Stationen dafür verantwortlich, dass Patienten „aus dem Verfahren fielen“.

Es zeigte sich zudem, dass insbesondere dann, wenn Patienten sich gänzlich unvorbereitet und erstmalig mit dem eigenen Hilfe- und Pflegebedarf auseinandersetzen müssen, notwendige Hilfen zunächst abgelehnt werden. Aufgrund mangelnder Antizipationsfähigkeit des postklinischen Unterstützungsbedarfs, Verdrängung des eigenen Hilfebedarfs oder durch Scham, Unwissenheit oder andere Gründe können zu poststationärer Unterversorgung führen. Es wurde deutlich, dass die Annahme von Hilfen vielfach nicht einer spontanen Entscheidung zur Inanspruchnahme von Hilfeleistungen gleichkommt sondern vielmehr einem zeitaufwändigen Prozess, der mit entsprechenden Beratungsangeboten flankiert sein sollte.

Ein weiterer erstaunlicher Befund zeigte sich im Zusammenhang mit dem Konstrukt des „Kümmerers“. Sowohl die quantitative als auch qualitative Einschätzung hinsichtlich des Vorliegens eines „Kümmerers“ unterschieden sich signifikant zwischen dem Klinikpersonal und den nachsorgenden Beratungsstellen. Dies war überwiegend darauf zurückzuführen, dass das Klinikpersonal weniger im Blick hatte, ob diese Person tatsächlich eine verlässliche Instanz in der poststationären Versorgung darstellt. Die Diskussion dieses Befundes im Nachsorgezirkel und im Beirat zeigten deutlich, dass die Einschätzung des Klinikpersonals sich überwiegend auf die Situation in den Kliniken beschränkt, eine sektorenübergreifende Einschätzung der Situation war eher die Ausnahme. Aussagen dahingehend, wie Patienten selbst die Frage nach einem Kümmerer beantworten, liegen leider nicht vor.

Nach Fallübernahme durch die Beratungsstellen offenbarten sich in den meisten Fällen (noch) deutliche Defizite in der häuslichen Versorgung. Es erforderte der Intervention durch die Beratungsstellen, um die in der Entlassplanung als notwendig erachteten Hilfemaßnahmen abzuschließen. Teilweise offenbarten sich im häuslichen Setting auch neue Hilfebedarfe, die dann erst aufgegriffen werden konnten. So war die vorab definierte „Arbeitsteilung“ an der Sektorengrenze zwischen Kliniksozialdienst und Beratungsstellen nicht immer wie vorgesehen durchführbar. Wie sich zeigte, war ein Großteil der entlassenen Patienten auch 14 Tagen nach der Entlassung noch nicht in einer stabilen Situation und erforderte weitere ambulante Unterstützung.

3.2 Verfahren Rettungswesen

Bereits zu Beginn des Projektes wurde der Kontakt zum Rettungsdienst hergestellt. Ziel war es, Maßnahmen zu ergreifen, die unnötige Klinikaufenthalte vermeiden und soziale Bedarfe frühzeitig erkennen lassen.

3.2.1 Vorarbeiten und Ziel des Verfahrens

In ersten Gesprächen wurde der Bedarf an einer Kooperation zwischen den Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter und dem Rettungsdienst deutlich. Der Rettungsdienst berichtete von zunehmenden Einsätzen bei Personen mit sozialer Indikation. Dazu zählt unter anderem Überforderung, häusliche Unterversorgung und Einsamkeit. Für eine Kooperationsvereinbarung wurden im ersten Schritt datenschutzrechtliche Fragen wie die Weitergabe der personenbezogenen Daten an die Abteilung Altenarbeit geklärt. Darauffolgend wurden Merkmale für die Zielgruppe erfasst und überlegt wie die Vorgehensweise aussehen soll. Die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter sind für das Verfahren eine wichtige Anlaufstelle. Sie zeigen Unterstützungsmöglichkeiten zur Erhaltung einer selbständigen Lebensführung auf und stellen die Versorgung, insbesondere bei Hilfe- und Pflegebedürftigkeit sicher. Zwischen dem Rettungsdienst und den Beratungsstellen wurde vereinbart, dass die Rettungsdienstbesatzung bei Patienten mit Unterstützungsbedarf aus dem sozialen Bereich die Beratungsstellen einschaltet. Dies gilt ebenso, wenn der Unterstützungsbedarf begleitend festgestellt und der Patient in ein Krankenhaus gebracht wird. Für die Überleitung wurde ein Instrument entwickelt. Das Instrument ist in der Anlage beigefügt.

Die Überleitung vom Rettungsdienst an die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter sollte demnach bei folgenden Kriterien erfolgen:

- Häusliche Unterversorgung
- Zustand der Wohnung; dazu gehören Hinweise auf Verwahrlosung, aber auch vorhandene bauliche Barrieren
- häufiges Alleinsein mit Hinweisen auf Beeinträchtigungen der Versorgungssituation
- Unterversorgung eines Pflegebedürftigen bei Verhinderung der Pflegeperson
- Krankheitsbild Demenz mit Hilfebedarf
- Überforderung der Angehörigen
- Psychische Erkrankung mit Auswirkungen auf die Selbstversorgung

Folgendes Ablaufschema zeigt die konsentrierte Vorgehensweise zwischen Rettungsdienst und den Beratungsstellen.

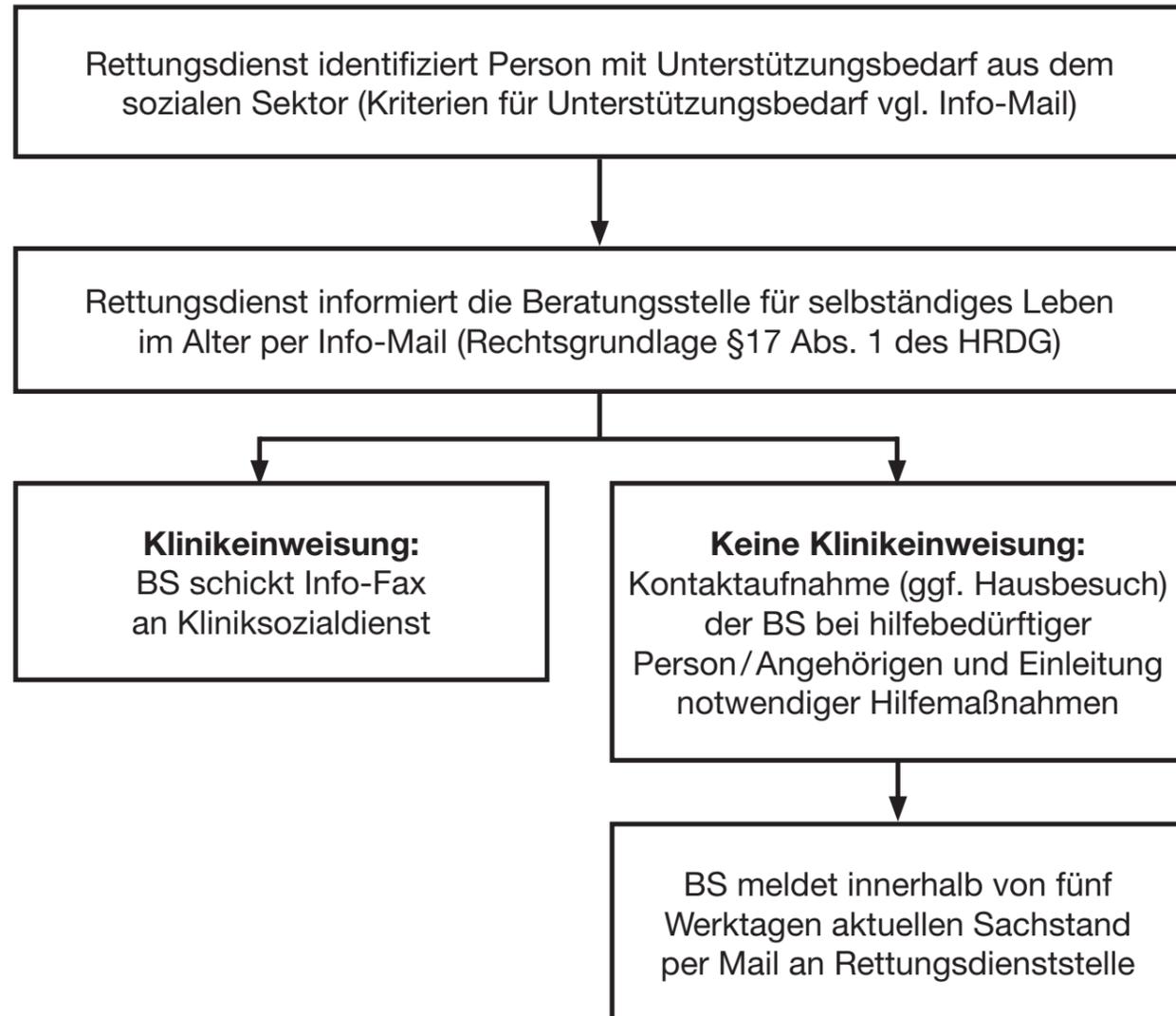


Abbildung 11: Ablaufschema Verfahren Rettungswesen

3.2.2 Ergebnisse der Umsetzung

Die Schwerpunktsetzung der wissenschaftlichen Begleitforschung auf dem Verfahren zur sozialen Überleitung erlaubte lediglich eine randständige und punktuelle Evaluation des Verfahrens mit dem Rettungswesen. Die Auswertung erfolgte im Juni 2018 beim Stand von 23 abgeschlossenen Verfahren.

Als Auswertungsgrundlage dienen die E-Mail-Vordrucke für die Beratungsstellen (siehe Anhang). Bis zu diesem Zeitpunkt war das Kooperationsverfahren neun Wochen gelaufen – mit 2,6 Verfahren pro Woche kann von einer guten Anwendung gesprochen werden. Alle vor Ort verfügbaren Rettungsdienste beteiligen sich und nutzen bis zum Juni zwischen zwei und acht Mal diese Möglichkeit.

Das Alter der Zielpersonen lag im Durchschnitt bei 74,8 Jahren, die Spannweite von $\pm 15,5$ Jahren deuten ebenso auf eine hohe Streuung hin wie die Maximalwerte von 50 bzw. 96 Jahren. Damit sind für die weitere Versorgung im sozialen Bereich sowohl die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter als auch der Pflegestützpunkt der Stadt Wiesbaden zuständig. Dabei stand der überwiegende Teil der Patienten bereits vor dem aktuellen Notfall schon in Kontakt mit der Sozialberatung vor Ort (ca. 1/3 Neufälle und 2/3 bekannte Fälle).

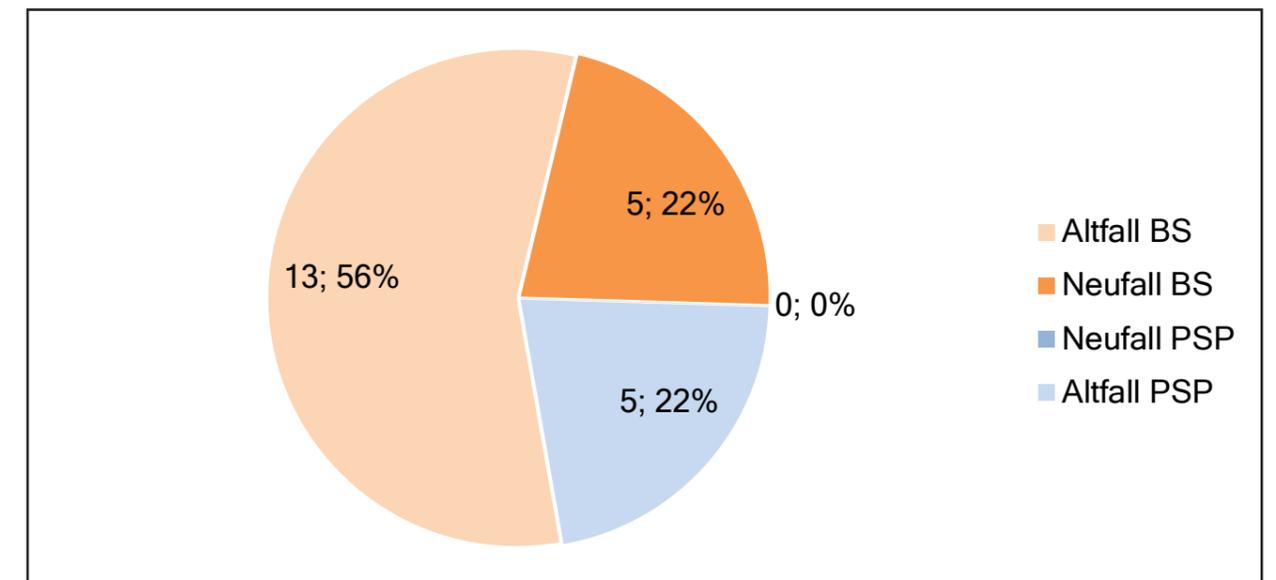


Abbildung 12: Bekanntheit der Notfälle bei den Beratungsstellen

Als wichtigste Anlässe der Rettungssanitäter, in den betreffenden Fällen die Beratungsstellenmitarbeiter informieren, wurden überwiegend häusliche Unterversorgung, der Zustand der Wohnung, soziale Isolation und häufiges Alleinsein der Person sowie überforderte Angehörige angegeben (vgl. Abb. 13).

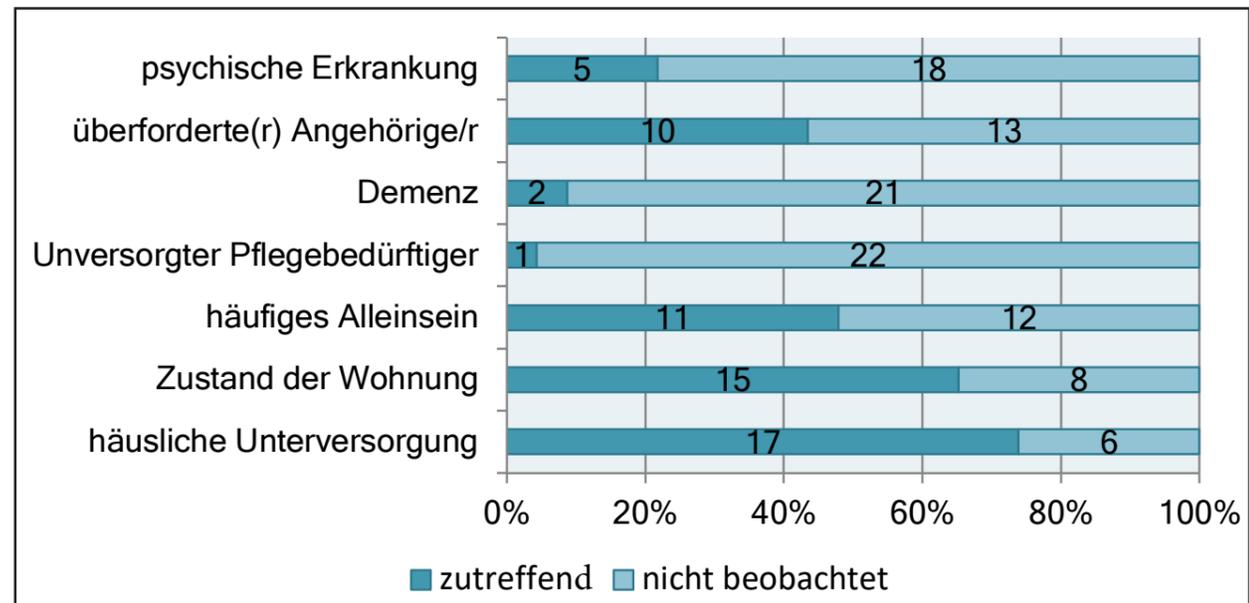


Abbildung 13: Soziale Verfahrensanlässe für das Rettungswesen

15 Patienten wurden in die Kliniken eingewiesen, bei acht konnten die Rettungssanitäter die Situation ohne Einweisung in die Klinik verlassen.

3.2.3 Bewertung und Ausblick

Das Verfahren mit dem Rettungsdienst wurde erfolgreich eingeführt. Die Datenlage zeigt, dass durch das Verfahren unnötige Klinikaufnahmen reduziert werden konnten. Nach jetziger Datenlage wurde bei einem Drittel der Fälle die Klinikaufnahme vermieden.

Von Seiten der Beratungsstellen schätzt der Rettungsdienst den Bedarf richtig ein. Die einzelnen Meldungen sind für die weitere Versorgung sehr hilfreich. Für den Rettungsdienst wurde eine Versorgungslücke bei Einsätzen mit sozialer Indikation geschlossen. Durch das Verfahren hat der Rettungsdienst die Möglichkeit dem Patienten weiterzuhelfen. Für den Patienten und seinen Angehörigen hat das Verfahren einen großen Nutzen, denn ein Krankenhausaufenthalt ist oftmals eine zusätzliche Belastung.

Das Thema wurde innerhalb des Projektzeitraums in der Öffentlichkeit diskutiert. Ein Beitrag aus dem Wiesbadener Kurier ist in der Anlage beigefügt.

Das Verfahren wird verstetigt und gegebenenfalls weiterentwickelt. Es wird geprüft, ob das Verfahren auf die Wiesbadener Notaufnahmen ausgeweitet werden kann. In den Notaufnahmen geht es nicht (immer) ausschließlich um medizinische Problemlagen. Es soll geklärt werden, ob das Verfahren auf Patienten mit sozialer Indikation, die in der Notaufnahme ambulant behandelt werden und wieder nach Hause gehen, übertragen werden kann.

Zudem ist geplant, die Effekte des Verfahrens noch besser zu evaluieren. Ziel ist es, eine Aussage darüber treffen zu können, in wie weit durch die Einschaltung der Beratungsstellen unnötige Klinikaufenthalte vermieden werden können. Entsprechende Verhandlungen werden im Rahmen des GeReNet.Wi weiter geführt.

3.3 Maßnahmen Pflegenotruf und Notpflegeplätze

Ziel der Maßnahmen „24h-Pflegenotruf und Notpflegebetten“ ist es, unnötige Klinikaufnahmen zu vermeiden. Die Verfahren sind für Personen vorgesehen, bei denen eine Aufnahme in ein Krankenhaus aufgrund fehlender medizinischer Indikation nicht notwendig ist. Zudem sollen unnötige Einsätze von Sanitätern und Notärzten vermieden und Angehörige entlastet werden.

3.3.1 Vorarbeiten und Ziel des Verfahrens / der Maßnahme

Im Nachsorgezirkel und im Beirat wurden erste Skizzen der Maßnahmen vorgestellt und diskutiert. Sowohl die Beratungsstellen als auch die Kliniken und niedergelassenen Ärzte signalisieren großen Bedarf an den Verfahren. Sie berichten, dass viele Patienten mit ausschließlich sozialer Indikation in die Notaufnahmen gebracht werden. Die Kliniken haben keine Kapazitäten die Patienten aufzunehmen. Sie können jedoch oftmals nicht mehr ins häusliche Umfeld zurück. Weiterhin habe sich die Situation – so die Einschätzung der Experten – verschärft.

3.3.2 Ergebnisse der Umsetzung

Zunächst wurde versucht, den Bedarf entsprechender Angebote genauer zu fassen. Hier meldeten die Kliniken zurück, dass der Bedarf eines Notpflegeplatzes für 6–7 Tage bestehe. Notpflegeplätze sollen rund um die Uhr bereitgestellt werden. Des Weiteren sollen sie bei Personen ab 65 Jahre zur Wohnungssicherung beispielsweise bei Wohnungsbrand oder Wasserschaden eingesetzt werden. Aktuell sind Fragen wie angemessene Anzahl von Notpflegeplätze, Belegungsrecht, Vertrag, Entgeltfragen etc. noch zu klären.

Für das Verfahren „Pflegetruf“ wurden die Zielgruppe und mögliche Zugangswege diskutiert. Zur Zielgruppe sollen Personen gehören, die noch nicht pflegebedürftig sind und bei denen akuter Pflegebedarf besteht. Der Zugang kann entweder über die Patienten selbst erfolgen oder über die Einschaltung von Beratungsstelle, Rettungsdienst, Hausarzt oder Notaufnahme in den Kliniken. Aktuell befindet sich der Pflegetruf in der Verhandlung mit einem Anbieter, der die Versorgung gewährleisten kann.

3.3.3 Bewertung und Ausblick

Zum jetzigen Zeitpunkt befinden sich beide Verfahren in der Konzeptionierung. Im Nachsorgezirkel werden die Themen weiter aufgegriffen. Es ist geplant, die Maßnahmen im Jahr 2019 umzusetzen.

3.4 Informationsveranstaltungen für professionelle Akteure

Ältere Personen mit mehrfachen Beeinträchtigungen benötigen nach einem Krankenhausaufenthalt oftmals Unterstützung in der häuslichen Versorgung. Um den Übergang vom Krankenhaus ins häusliche Umfeld zu erleichtern, ist das Wissen um Indikationen für die Nachsorge, Vorgehensweisen mit entsprechenden Zuständigkeiten und Institutionen im ambulanten Bereich von großer Bedeutung.

3.4.1 Vorarbeiten und Ziel der Maßnahme

Ziel der Maßnahme Informationsveranstaltungen ist es, dem Klinikpersonal und den niedergelassenen Ärzten Nachsorgestrukturen aufzuzeigen und für Unterstützungsbedarfe aus dem sozialen Bereich zu sensibilisieren. Ist das Klinikpersonal über ambulante Hilfen informiert und mit Informationsmaterialien ausgestattet, kann frühzeitig Kontakt zu den ambulanten Akteuren aufgenommen werden.

Diskutiert und vereinbart wurde die Maßnahme im Nachsorgezirkel. Die Kliniken sehen ebenso den Bedarf, dass u.a. Beratungsstellen sich in den Kliniken bei Mitarbeitern vorstellen, da das Wissen über Strukturen im ambulanten Bereich nicht ausreichend verbreitet sei.

3.4.2 Ergebnisse

Im letzten Projektjahr wurde in den Stationsleitungsbesprechungen in den Kliniken (regelmäßige Sitzungen der Stationsleitungen aus den verschiedenen Fachbereichen) über die Wiesbadener Netzwerke, die Kooperationen und Instrumente und das Leistungsspektrum des nachsorgenden Systems informiert. Dazu zählen im Einzelnen die Netzwerkarbeit des Forum Demenz-GeReNet.Wi, die Kooperationen mit dem Krankenhaussozialdienst und dem Rettungsdienst und das Tätigkeitsfeld der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter. Beispiele aus der Praxis waren hilfreich, um die Zielgruppe der Beratungsstellen deutlich zu machen. Flyer, Ratgeber, Checklisten „Krankenhaus – Was nun?“, Notfall-Karten wurden ausgehändigt, um diese auf den Stationen zu platzieren. Die Maßnahme wurde in allen am Projekt beteiligten Kliniken durchgeführt. Die Präsentation für die Stationsleitungssitzung ist als Anlage beigefügt.

Der Kontakt zu niedergelassenen Ärzten wurde über verschiedene Qualitätszirkel hergestellt. Ca. 25 hausärztliche Praxen wurden über drei Qualitätszirkel erreicht. Es wurde die Studie „Nachsorge nach Krankenhausaufenthalt“ und das Projektvorhaben vorgestellt. Informationsmaterialien wie die Checklisten „Krankenhaus – Was nun?“, die Wiesbadener Notfall-Karte, die Broschüre der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter, die Demenzbroschüre etc. lagen zur Mitnahme aus.

Zusätzlich zu den Informationsmaterialien wurden Poster entwickelt. Sie stellen die Arbeitsschwerpunkte der Beratungsstellen dar. Weiterhin sind auf den Postern die Kontaktdaten der Beratungsstellen angegeben. Diese wurden bereits in Hausarztpraxen und in Kliniken angebracht.

3.4.3 Bewertung und Ausblick

Die vorgestellten Themen und Diskussionspunkte sind bei den Mitarbeitenden der Kliniken auf großes Interesse gestoßen. Institutionen der Nachsorge und diverse Informationsmaterialien waren weitestgehend nicht bekannt. In der Stationsleitungssitzung des St. Josefs-Hospital Wiesbaden wurde diskutiert, wie die soziale Indikation im internen Dokumentationssystem erfasst werden kann. Auch wurde vorgeschlagen, für die Klinik einen Infotag oder eine Fortbildung zu den Themen anzubieten. Es ist geplant, die Informationsveranstaltungen in allen Kliniken kontinuierlich fortzusetzen.

3.5 Informationsveranstaltung für Bürgerinnen und Bürger

Durch die Studie „Nachsorge nach Krankenhausaufenthalt“ (Schönemann-Gieck 2017) wurde das Handlungsfeld Vorbereitung von Patienten mit Hilfe- und Pflegebedürftigkeit identifiziert. Patienten setzen sich im Rahmen eines akuten Ereignisses und dem damit verbundenen Krankenhausaufenthalt oft erstmalig mit der eigenen Hilfebedürftigkeit auseinander.

3.5.1 Vorarbeiten und Ziel der Maßnahme

Um Bürger auf einen Krankenhausaufenthalt vorzubereiten und über Möglichkeiten im Zusammenhang mit der Entlassung zu informieren, wurde gemeinsam mit dem Hessischen Gesundheitsministerium die Bürgerveranstaltung „Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung – Was muss ich wissen?“ am 20 Januar 2018 im Wiesbadener Rathaus ausgerichtet. Mit Beteiligung der Akutkliniken St. Josefs-Hospital Wiesbaden, Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken und Asklepios Paulinen Klinik, der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, der Abteilung Altenarbeit im Amt für Soziale Arbeit, der Betreuungsbehörde und des Pflegestützpunktes wurde rund um die Themen Krankenhausvorbereitung bis hin zur Nachsorge informiert. Die Grußworte wurden von Sozialdezernent Christoph Manjura und Staatssekretär Dr. Wolfgang Dippel vom Hessischen Gesundheitsministerium gesprochen. Neben den Grußworten und Vorträgen gab es Informationsstände der Kliniken, des GeReNet.Wi-Forum Demenz Wiesbaden, der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter und der Betreuungsbehörde, an denen die Bürger beraten wurden. Zu folgenden Themen wurde referiert:

- Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung – Was hat das Amt für Soziale Arbeit damit zu tun?
- Wann muss ich in die Notaufnahme, wann ist der ärztliche Bereitschaftsdienst zuständig und wann rufe ich den Rettungsdienst?
- Wie kann ich mich aufs Krankenhaus vorbereiten?
- Wie funktioniert Krankenhaussozialdienst?
- Gesetzliche Neuregelungen der Krankenhaus-Entlassung
- Wie geht's nach dem Krankenhaus weiter? Hilfemöglichkeiten im Überblick
- Finanzielle Hilfen bei Pflegebedürftigkeit, Leistungen der Pflegeversicherung
- Möglichkeiten der Geriatrie und Rehabilitation
- Möglichkeiten der rechtlichen Vorsorge

Der Einladungsflyer ist als Anlage im Anhang beigefügt.

Um auf die Bürgerveranstaltung aufmerksam zu machen, wurden im Vorfeld diverse öffentlichkeitswirksame Aktionen durchgeführt. Dazu zählen:

- Plakate, die in den Wiesbadener Bussen angebracht wurden
- der Hinweis auf der Wiesbadener Homepage und im Focus online

- Einladungsschreiben an niedergelassene Ärzte, Apotheken, Ortsverwaltungen, Seniorenbeirat, Nachbarschaftshaus, Gesundheitsamt
- Beitrag jeweils in der Seniorenzeitschrift Consens, im Wiesbadener Kurier, Wiesbadener Tagblatt und Wiesbadener Wochenblatt; der Beitrag aus dem Wiesbadener Kurier ist als Anlage beigefügt.

Weiterhin wurden Einladungen über die Kliniken, die offene Altenarbeit (Treffpunkt aktiv, Seniorentreffs und Netzwerk 55plus), die Altenwohnanlagen und über die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter verbreitet.

3.5.2 Ergebnisse

Die Bürgerveranstaltung „Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung – Was muss ich wissen?“ wurde erfolgreich umgesetzt. Ca. 100 Personen haben die Veranstaltung besucht. Die meisten Bürger sind bis nachmittags geblieben, jedoch gab es auch diejenigen, die gezielt für einzelne Vorträge kamen. Die Inhalte, die Länge der Vorträge und die Moderation wurden positiv bewertet. An den Informationsständen war viel Betrieb. Es wurde zu verschiedenen Themen beraten und diverse Informationsmaterialien mitgenommen. Weiterhin gingen nach der Veranstaltung aufgrund eines Beitrags im Wiesbadener Kurier und Wiesbadener Tagblatt viele Bestellungen für Notfall-Karten und Checklisten ein.

3.5.3 Bewertung und Ausblick

Die Veranstaltung wurde in Form eines Berichts ausgewertet.¹² Die wissenschaftliche Begleitung bewertete die Veranstaltung aus mehreren Gründen als höchst bedeutsam für die Versorgung älterer Menschen (vgl. Dokumentation der Bürgerveranstaltung 2018, S. 96/97):

- (1) **Informierte Bürger können ihre eigene Situation auch in gesundheitlichen Krisen positiv beeinflussen.** Eine frühzeitige Auseinandersetzung mit der eigenen Hilfebedürftigkeit ermöglicht es, sich rechtzeitig auf einen Klinikaufenthalt vorzubereiten, sich um mögliche Hilfspersonen, Unterstützungsangebote aber auch Vorsorgemaßnahmen zu kümmern.
- (2) **Informierte Bürger haben weniger Angst.** Das Wissen um Hilfen und Unterstützungsmöglichkeiten, die rund um einen Krankenhausaufenthalt zur Verfügung stehen, nimmt Unsicherheiten, Angstgefühle und das Gefühl des Kontrollverlustes.
- (3) **Informierte Bürger nehmen eher unterstützende Angebote an.** Durch die frühzeitige Auseinandersetzung mit schwierigen Situationen im Alter wächst die Einsicht des eigenen Hilfebedarfs. Es wächst aber auch die Erkenntnis, dass es zahlreiche Hilfemöglichkeiten gibt, die die eigene Lebenszufriedenheit und Selbständigkeit verbessern können.

Darüber hinaus wurde die Bürgerveranstaltung mit ihren Themen in der Öffentlichkeit diskutiert. Der Beitrag im Wiesbadener Kurier ist als Anlage beigefügt.

¹² Die Dokumentation zur Veranstaltung kann unter https://www.wiesbaden.de/medien-zentral/dok/leben/gesellschaft-soziales/aeltere/180702_Dokumentation_komplett_web.pdf heruntergeladen werden.

3.6 Intradisziplinäre Kooperationsplattformen

Neben den im Nachsorgezirkel bestehenden Aktivitäten, die sektorenübergreifende Kommunikation und Kooperation an der Sektorengrenze zu verbessern, zeigte sich ebenfalls innerhalb der Disziplinen Pflege und Medizin die Notwendigkeit, die Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen Klinik und ambulantem Versorgungsspektrum zu optimieren.

3.6.1 Plattform zur Zusammenarbeit im Bereich E-Health

Das Thema E-Health wurde mehrmals im Beirat aufgegriffen. Es wurden mehrere E-Health-Projekte in Hessen vorgestellt. Dazu zählt u. a. die Televisite des St. Josefs-Hospital Rheingau. Weiterhin fand gemeinsam mit dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration eine außerordentliche Sitzung zum Thema E-Health statt. Dr. Susanne Springborn stellte das Wiesbadener Modell einer vernetzten wohnortnahen Gesundheitsversorgung vor. Dazu gehören die Telekommunikation und das virtuelle Gesundheitszentrum Curandum. Zu den Ausführungen siehe auch die Stellungnahme von Frau Dr. Springborn im Anhang.

Im Ergebnis wurde vereinbart, einen Steuerungskreis für E-Health zu gründen.

3.6.2 Kooperationsgremium zur Verbesserung der Pflegeüberleitung

Ein weiteres Handlungsfeld, welches in der Studie „Nachsorge nach Krankenhausaufenthalt“ identifiziert wurde, ist die Weiterentwicklung der Kommunikationsstrukturen an der Sektorengrenze. „Eine strukturierte und systematische, schnittstellenübergreifende Kommunikation bei der Entlassung ist Grundvoraussetzung für eine nahtlose Anschlussversorgung. Dies betrifft sowohl die Weitergabe relevanter Versorgungsinformationen in die Klinik (bei Aufnahme) als auch die Übermittlung klinikbezogener Informationen an die weiterversorgenden Akteure (bei Entlassung)“ (Schönemann-Gieck 2017).

Als Maßnahme wurde ein Expertengremium zur Pflegeüberleitung gegründet. Das Gremium besteht aus Fachverbänden, Pflegediensten, Kliniken, Rettungsdienst, Altenpflegeeinrichtungen und dem Amt für Soziale Arbeit. Die Abteilung Altenarbeit des Amtes für Soziale Arbeit bietet die Plattform. Die Experten beschäftigen sich mit der Pflegeüberleitung und potenziellen Verbesserungsbedarfen. Ziel ist es, die Überleitungen vom Krankenhaus in den ambulanten und vollstationären Versorgungsbereich und umgekehrt zu verbessern und zu vereinheitlichen. Bei den Treffen wird es u. a. um sektorenrelevante Informationen und um Kommunikationswege für die Überleitung gehen. Das Gremium hat im letzten Projektabschnitt zweimal getagt. Es bleibt über den Projektzeitraum hinaus bestehen.

4. Diskussion der Ergebnisse und Ausblick

4.1 Ergebnisse der Projektarbeit aus Sicht der Projektkoordination

Das Projekt „Schnittstellen-Management bei Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung“, gefördert vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration, wurde am 31. Dezember 2018 beendet. Während der Projektlaufzeit wurden sowohl öffentlichkeitswirksame Aktionen als auch Maßnahmen für die Beteiligten in Gesundheitswesen und Altenhilfe durchgeführt. Dazu zählten die Bürgerveranstaltung, aber auch die Überleitungsverfahren.

Insgesamt haben die neuen gesetzlichen Regelungen zum Entlassmanagement (§ 39 Abs. 1a S. 9 SGB V) und die damit verbundenen Prozesse in den Kliniken zu Verzögerungen der Projektmaßnahmen geführt. Jede Klinik war mit der Umsetzung des Rahmenvertrags zum Entlassmanagement konfrontiert. Das Verfahren soziale Überleitung konnte nicht zum geplanten Termin eingeführt werden. Festzuhalten ist, dass im Nachsorgezirkel aktiv und konstruktiv gearbeitet wurde. Insbesondere die Offenheit der Akteure trug dazu bei, dass Maßnahmen in die richtige Richtung gelenkt wurden. Auch wenn die Zahl der Fälle im Verfahren soziale Überleitung nicht den Erwartungen entsprach, wurden die Kernprobleme deutlich. Es wurde aufgezeigt, dass die Versorgung älterer Menschen immer mit sozialen Problemstellungen im Zusammenhang steht. Es wird weiter daran gearbeitet, dass diese Problemstellungen im Krankenhaus aufgegriffen und an die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter übermittelt werden. Um an den Themen zu arbeiten wird der Nachsorgezirkel verstetigt. Gemeinsam mit den Mitgliedern des Nachsorgezirkels werden auch die Verfahren Pflegenotruf und Notpflegeplätze weiter entwickelt.

Erfolgreich eingeführt und verstetigt wurde das Verfahren mit dem Rettungsdienst. Es wurde nachgewiesen, dass durch das Verfahren unnötige Krankenhausaufnahmen vermieden werden. Durch die Kooperation ist es gelungen, dass soziale Problemstellungen frühzeitig aufgegriffen und an die Beratungsstellen gemeldet werden können. Insbesondere für ältere, multimorbide Personen ist das Verfahren von zentraler Bedeutung, da ein Krankenhausaufenthalt auch zusätzliche Probleme verursachen oder/und Krankheits-symptome beispielsweise bei einer Demenz verstärken kann.

In jedem Strang des Ziel- und Maßnahmenbaums wurden Ergebnisse erzielt und neue Strukturen geschaffen. Diese gehören nach dem Projektzeitraum zum Regelgeschäft des Amtes für Soziale Arbeit und werden in der Geschäftsstelle GeReNet.Wi-Forum Demenz fortgesetzt.

4.2 Analysen aus wissenschaftlicher Perspektive

Zentrale Maßnahme des Projekts und Hauptfokus der wissenschaftlichen Begleitung stellte das Verfahren „Soziale Überleitung“ dar. Ziel war es, ein geregeltes Vorgehen zwischen Klinik und Nachsorge abzustimmen, einzuführen und zu bewerten, von dem ältere Patienten mit sozialen Handlungsbedarfen profitieren. Die klinische Versorgung dieser Patientengruppe hatte sich in der zuvor vom Institut für Gerontologie durchgeführten Studie als besondere Herausforderung herauskristallisiert (vgl. Beitrag im Netzwerkbrief vom Juni 2016).

Im sog. Nachsorgezirkel, einem sich regelmäßig treffenden Arbeitsgremium im GeReNet.Wi mit Vertretern aus den Krankenhäusern und den niedergelassenen und ambulanten Diensten und Praxen, wurde das Verfahren entwickelt und abgestimmt: die Identifikation sowie die soziale Bedarfserhebung wird unter abgestimmten Kriterien in den Kliniken durchgeführt. Die Fallübergabe erfolgt per Info-Fax, einem seit Jahren im Netzwerk angewandten Instrument, von Kliniksozialdienst zur zuständigen Beratungsstelle für selbständiges Leben im Alter. Diese übernimmt die soziale Nachsorge und vollendet die noch nicht etablierten Hilfen oder nimmt erst nach der Entlassung den Kontakt zum Patienten zu Hause auf.

Die Auswertung der im Evaluationszeitraum dokumentierten sozialen Überleitungen deutet auf ein zielgenaues Case-Finding in den Kliniken hin: 9 von 10 Patienten überschritten die mittlere Verweildauer um mindestens das Dreifache, der Großteil litt unter funktionellen Einschränkungen, bei vielen ist die Versorgungssituation nach Entlassung unklar. Als schwierig stellte sich die klinikinterne Einschaltung des Sozialdienstes dar. Die Weiterleitung per Info-Fax an die Beratungsstellen klappte problemlos, die Weiterversorgung in den Haushalten ebenso in gewohnt zuverlässiger Weise. Auch wenn die Fallweitergabe in den Kliniken noch optimiert werden muss und auch die weiterversorgenden Kliniken (insb. Geriatrien und Rehabilitationskliniken) ebenso mitbedacht werden müssen, kann dieses Vorgehen auch für die Zukunft als erfolgversprechend gewertet werden.

Die Überleitung älterer Menschen ist eine multidisziplinäre Aufgabe

Das vorliegende Verfahren ist komplementär zur Pflegeüberleitung zu sehen. Für Personen mit Pflegebedarf liegt mit dem Expertenstandard Entlassungsmanagement seit Jahren eine Verfahrensempfehlung zur Überleitung vor (DNQP 2009). Der Pflegestandard setzt jedoch eine Anbindung an einen ambulanten Dienst oder eine stationäre Pflegeeinrichtung und damit eine zuständige Pflegekraft im poststationären Setting als Ansprechpartner voraus und empfiehlt aufgrund des manifesten Pflegebedarfs „dass im Entlassungsprozess die Pflegefachkraft aufgrund ihrer Nähe zu Patienten und Angehörigen die entscheidende Koordinationsfunktion einnimmt“ (ebd., 11). Die im Verfahren soziale Überleitung avisierte Patienten-

gruppe zeichnete sich jedoch dadurch aus, dass überwiegend (noch) keine Pflegeversicherungsleistungen bezogen wurden und sozialarbeiterische Aufgaben im Entlassmanagement dominierten (DVSG 2015). Schulz-Nieswandt folgend ist das vorliegende Konzept also dem „No Care-Zonen-Bereich“ zuzuordnen, „wo SGB XI-Leistungen nicht wirksam sind“ (ebd. 2018, 33).

Sektorenübergreifende Versorgung erfordert Kooperation mit nachsorgenden Diensten

Entlassmanagement wird bislang überwiegend als Aufgabe der Kliniken und der Medizin begriffen (vgl. §39 Abs. 1a SGB V). Aber: vulnerable Patienten benötigen interdisziplinäre und sektorenübergreifende Begleitungsstrukturen – über die Reichweite von Kliniken hinaus bis in eine stabile häusliche Versorgung im Wohnquartier.

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem aktuellen Gutachten „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung (2018) für den Bereich der Medizin sog. „Staffelmodelle“ gefordert, die eine klare Verantwortung für die Koordination der Versorgungsleistungen garantieren. Das im GeReNet.Wi entwickelte Überleitungsverfahren kann als „Staffelmodell“ für den sozialen Bereich angesehen werden, in dem auf bestehende Strukturen zurückgegriffen wird und die Verantwortung und Übergabe genau definiert sind. Dies bietet im Vergleich zur Brückenpflege o. ä. Modellen den Vorteil, dass beide Strukturen in ihrem jeweiligen Sektor optimal verortet und vernetzt sind.

Die Kommune besitzt Handlungsmöglichkeiten zur Verbesserung der intersektoralen Versorgung

Im vorliegenden Projekt hat eine Kommune diesen Auftrag übernommen und verlässliche Annahmestrukturen für die Überleitung von Patienten mit sozialem Handlungsbedarf geschaffen. Der Systematik Schulz-Nieswandts (2018) folgend könnte man von einem mehrpoligen Brückenmodell sprechen, dass bei ausreichender Adhärenz mit einer optimalen Vernetzung der Patienten in seiner Häuslichkeit abschließt. Aufgrund der Erfahrungen im Projekt können drei Faktoren als maßgeblich für eine gute Überleitung von Menschen mit sozialen Bedarfen genannt werden:

Erstens muss die Klinik die Identifikation der Risikopersonen sowie deren Übergabe an die Nachsorge gewährleisten. In Anbetracht der besonderen Vulnerabilität der Zielgruppe erfordert dies besondere personelle Kapazitäten und zeitliche Ressourcen. Eine stärkere Beachtung der krankenhausesinternen Strukturen und Abläufe ist dabei notwendig.

Zweitens ist es zugleich kommunaler Auftrag wie auch größte Herausforderung in der Altenhilfe, ambulante Versorgungsstrukturen zu entwickeln und auszubauen, die eine verlässliche Weiterversorgung der entlassenen, vulnerablen Patienten vor Ort gewährleisten können (Übernahmestruktur).

Drittens muss die Zusammenarbeit von Akteuren in Klinik und Nachsorge ermöglicht und von beiden Seiten gefördert werden. Das Entlassmanagement ist nicht als lediglich den Kliniken oktroyierte Pflicht zu betrachten, sondern stellt vielmehr eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe dar.

Die Kliniktür stellt für viele Akteure innerhalb des Krankenhauses das Ende des eigenen Zuständigkeits- und Einflussbereichs dar. Eine Vernetzung kann jedoch nur gelingen, wenn ein gegenseitiges Verständnis zwischen Kliniken und Nachsorge gefördert wird. Kommunen haben durch ihre trägerübergreifende Position die Möglichkeit und Aufgabe, interdisziplinäre Vernetzungsprozesse anzuregen, zu moderieren und so den intersektoralen Austausch im Hinblick auf eine bestmögliche Versorgung vulnerabler Patientengruppen anzuregen (Schardt et al. 2009). Der Austausch in Gremien wie dem Wiesbadener Nachsorgezirkel ermöglicht es den Akteuren, ein Verständnis für die Arbeit jenseits der Schnittstelle zu entwickeln und damit die Basis für vertrauensvolle Kooperationen über die Sektorengrenze hinweg aufzubauen.

In der vorliegenden Arbeit wurde deutlich, dass auch das Angebot nachsorgender Einrichtungen und Dienste einen hohen Einfluss auf positive Verläufe nach Klinikaufenthalt haben. Keine ausreichende Berücksichtigung fand bislang der Stellenwert der aufnehmenden Struktur. Außerklinische Versorgungsstrukturen haben nach Herrin et al. (2015) einen großen Einfluss auf die Qualität des Entlassmanagements. Im vorliegenden Projekt wird die Verantwortung vom Kliniksozialdienst an die zuständige Beratungsstelle für selbständiges Leben übertragen. Diese übernimmt dann die Koordinationsverantwortung im ambulanten Bereich und ist jenseits der Kliniktür zuverlässiger Ansprechpartner des Patienten. Das vorliegende Verfahren kommt der Forderung des Sachverständigenrats (SVR-G 2018) nach „Staffelmodellen“ nach, in denen eine stärkere Verbindlichkeit der Koordinationsverantwortung sichergestellt wird.

Rolle der Kooperation Wissenschaft - Praxis im GeReNet.Wi

Die langjährige Zusammenarbeit zwischen dem Wiesbadener Amt für Soziale Arbeit und dem Heidelberger Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg eröffnete auch im Projekt GeReNet.Wi die Möglichkeit, sowohl wissenschaftliche Erkenntnisse in die Praxis einfließen zu lassen als auch praktische Erkenntnisse in den wissenschaftlichen Diskurs aufzunehmen (vgl. Schönemann-Gieck & Weber 2016). Dieser Theorie-Praxis-Austausch stand im Fokus zahlreicher Vorträge der Wissenschaftlerin (siehe Anhang)

und einem Fachartikel, der in Kooperation mit einem Klinikvertreter und der Sachgebietsleitung der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter in der Zeitschrift „Pflege & Gesellschaft“ publiziert wurde (Schönemann-Gieck, Evers & Groß 2018). Durch Mitwirkung des GeReNet.Wi im VEKTOR-Projekt als maßgeblicher Inputgeber für eine Expertise im Auftrag des Baden-Württembergischen Sozialministeriums (Bär, Schönemann-Gieck, Bauer, Brandenburg, Stolz & Kruse 2019) konnte zudem ein erster Schritt des Transfers relevanter Ergebnisse über die Region Wiesbaden/Hessen hinaus geschaffen werden.

4.3 Transfer der Wiesbadener Erfahrungen – Einschätzungen des Projektträgers und der Wissenschaft

Das Wiesbadener Vorgehen ist übertragbar

Wer sich um alte Menschen kümmert, ist immer gleichzeitig mit sozialen und gesundheitlichen Fragestellungen konfrontiert. Alte Menschen sortieren ihre Anliegen nicht nach den sozialen Sicherungssystemen. Während Reformen der Sozialgesetzgebung immer einzelne Sozialgesetzbücher in den Fokus nehmen müssen, gilt es vor Ort auf kommunaler Ebene dafür Sorge zu tragen, dass Kooperationsverbünde entstehen, die sich am Bedarf und den Bedürfnissen der Menschen orientieren und quer zu den Sozialgesetzbüchern aufgebaut sind.

Dass dies gelingen kann, zeigt das abgeschlossene Modellvorhaben „Schnittstellen Management bei Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung“. Das abgeschlossene Modellvorhaben verweist aber auch auf Hürden und Begrenzungen.

Aus Sicht des Projektträgers Amt für Soziale Arbeit und der wissenschaftlichen Begleitung lassen sich mehrere Punkte identifizieren, die eine Entstehung solcher Korporationsverbünde und Netzwerke auf örtlicher Ebene begünstigen und kommunal Wirkung entfalten:



Mögliche Versorgungsbrüche identifizieren und notwendige Kooperationsprozesse beschreiben

Zwischen den Beratungsstellen für selbstständiges Leben im Alter im Amt für Soziale Arbeit und den Krankenhaussozialdiensten der Akutkrankenhäuser bestehen seit vielen Jahren strukturierte und funktionierende Kooperationsbezüge. Trotzdem müssen wir zur Kenntnis nehmen, dass nach internen Analysen ein Drittel der Überleitungen aus dem Krankenhaus nicht zu einer adäquaten Versorgung in der Häuslichkeit führen. In der Folge ist zu konstatieren, dass die Kooperationsbezüge zwischen Krankenhaussozialdiensten und Beratungsstellen für selbstständiges Leben im Alter allein nicht ausreichen, um die nachstationäre Versorgung insbesondere alter hilfe- und pflegebedürftiger Menschen zu sichern.

Deshalb gilt es gemeinsam mit den Krankenhäusern herauszuarbeiten, welche Aspekte bei der Entlassung aus dem Krankenhaus zu berücksichtigen sind und wie diese in geordneten und abgestimmten Prozessen zwischen den Akteuren des Krankenhauses und des nachsorgenden Systems zu strukturieren sind, damit keine Brüche in der Versorgung und Betreuung entstehen.

Es gilt genau hinzuschauen

Wenn im nachsorgenden System festgestellt wird, dass Überleitungen aus dem Krankenhaus zu Brüchen führen, können daraus noch keine Handlungsstrategien oder Maßnahmen abgeleitet werden. Zunächst ist festzuhalten, dass hier die Perspektive des nachsorgenden Systems eingenommen wird. Zu unterstellen ist, dass alle am Prozess Beteiligten sowohl in den klinischen Kontexten als auch im nachsorgenden System eine adäquate Versorgung über die Schnittstelle hinweg sichern wollen. Deshalb ist es unabdingbar, die Möglichkeiten und Grenzen der Beteiligten exakt zu analysieren. Die im Auftrag des Amtes für Soziale Arbeit der Landeshauptstadt Wiesbaden realisierte Studie des Institutes für Gerontologie der Universität Heidelberg „Nachsorge nach Krankenhaus-Aufenthalt“ analysiert mit Blick auf die Entlassung die relevanten Prozesse und Fragestellungen aus der Perspektive der Wiesbadener Akutkrankenhäuser. Die 2017 vorgelegte Studie bildet eine wesentliche Grundlage für die in diesem Modellprojekt realisierten Maßnahmen. Wenn es also darum geht, gangbare Brücken zwischen den Systemen Altenhilfe und Gesundheitswesen, Krankenhäusern und Nachsorge, SGB V und SGB XI oder SGB XII zu bauen bedarf es exakter Analysen jeweils aus den Perspektiven der verschiedenen institutionellen und organisatorischen Kontexte.

Kooperationen funktionieren dann wenn sie allen Beteiligten Nutzen bringen

Das Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation kann mittlerweile auf 19-jährige Erfahrungen in der Netzwerkarbeit zurückblicken. Als eine wesentliche Erkenntnis für gelingende Kooperationsbezüge über die jeweiligen Systemgrenzen hinaus lässt sich ein Aspekt als besonders relevant herausarbeiten. Kooperationsbezüge werden umso leichter, je mehr sie an den konkreten arbeitsbezogenen Bedingungen des jeweils anderen anknüpfen. Dies setzt eine Zieldefinition voraus, unter der sich die jeweils Beteiligten finden können.

Wenn also – wie anfangs ausgeführt – alte Menschen ihre Anliegen nicht nach den sozialen Sicherungssystemen ausrichten geht es darum, Vorgehensweisen zu etablieren, mit denen gesichert werden kann, dass die geschilderten Problemstellungen dort ankommen, wo sie hingehören. Die weiter oben angeführte Studie des Instituts für Gerontologie der Uni Heidelberg zeigt auf, welche sozialen Problemstellungen im Krankenhaus aufzugreifen sind. Gleichzeitig wird deutlich, wie schwierig es ist, diesen Anforderungen zu entsprechen.

Gelingt es gemeinsam, die damit verbundenen Möglichkeiten und Grenzen der insgesamt an der Versorgung Beteiligten zu akzeptieren, wird es leichter und wahrscheinlicher, Prozesse zu implementieren, die erwarten lassen, dass von den Beteiligten die adäquaten und bedarfsgerechten personenbezogenen Maßnahmen ergriffen werden können.

Vor diesen Hintergründen ist die Arbeit des Nachsorgezirkels zu bewerten. Die wesentlichen Maßnahmen wurden hier entwickelt und auf den Grundlagen der getroffenen Festlegungen erprobt und implementiert.

Überleitungen erfordern Dienste zu denen übergeleitet werden kann

Nachsorge nach Krankenhausaufenthalt erfordert Dienstleistungen, die neben medizinischen und pflegerischen Leistungen zusätzlich bedarfsgerecht zur Geltung kommen können. Neben haushaltsnahen Dienstleistungen zählen hierzu auch Besuchs- und Begleiddienste, Nachbarschaftshilfen und das gesamte Leistungsspektrum der offenen Altenarbeit bis hin zu gemeinsamen Mittagstischangeboten.

Die Erfahrungen aus der Kooperation mit den Rettungsdiensten belegen zudem, dass zeitlich begrenzte und punktuelle Hilfen nicht ausreichend sein können, um Problemlagen zu überwinden, die über Jahre entstanden und im Ergebnis z. B. zu prekären Wohnbedingungen und Isolation geführt haben.

Es bedarf adäquater Unterstützung und Begleitung verschiedener Akteure, zum Beispiel der Altenhilfe, der Pflege und des Gesundheitswesens. Einen zentralen Stellenwert nehmen deshalb in der Landeshauptstadt

Wiesbaden die Beratungsstellen für selbstständiges Leben im Alter ein. Ihre Aufgabe ist es, dafür zu sorgen, dass Menschen möglichst in ihrer Häuslichkeit auch im hohen Alter die Unterstützung bekommen, die sie brauchen. Dieser beim Amt für Soziale Arbeit der Landeshauptstadt Wiesbaden angesiedelte Dienst mit insgesamt 20 Stellen Sozialarbeit und Sozialpädagogik bildet einen wesentlichen Baustein für die einzelnen im Projekt dargestellten Maßnahmen. Es bedarf der kommunalen Planung, Koordination und Steuerung mit Blick auf das Zusammenwirken der verschiedenen Akteure der Altenhilfe und des Gesundheitswesens, aber auch im Hinblick auf benötigten personenbezogenen Beratungs- und Unterstützungsleistungen.

Es fehlt nicht an Gesetzen

Die letzten Jahre wurden in den für das Vorhaben relevanten Sozialgesetzbüchern vielfältige Veränderungen und Konkretisierungen vorgenommen. Die Vorschriften für das Entlassmanagement der Krankenhäuser wurden neu gefasst. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde mit dem Pflegestärkungsgesetz 2 völlig neu ausgestaltet und mit dem Pflegestärkungsgesetz 3 im SGB XII verankert. Ebenfalls reformiert wurden die rechtlichen Grundlagen für die Einrichtung von Pflegestützpunkten. Dabei nehmen die Gesetzesreformen naturgemäß immer nur einen Teil der Sozialgesetze in den Fokus. In dem Modellvorhaben „Schnittstellen Management bei Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung“ zeigt sich, dass es auf örtlicher Ebene Verbünde braucht, die quer zu den Säulen der Sozialgesetze arbeiten. Zudem braucht es koordinierende Funktionen, die sowohl Personen bezogen zur Geltung kommen, als auch quer zu den institutionellen und organisatorischen Strukturen wirken. In Wiesbaden sind diese Aufgaben einerseits im GeReNet.Wi mit entsprechenden personellen und finanziellen Ressourcen verankert. Zum andern sind die Beratungsstellen für selbstständiges Leben im Alter mit ihren beratenden und koordinierenden Funktionen als sozialer Dienst speziell für alte Menschen in der städtischen Altenarbeit fest etabliert (vgl. Groß, Klotz & Knaup, 2019).

Zudem liefert das abgeschlossene Vorhaben vielfältige Hinweise auf die Bedeutsamkeit des Unterstützungsbedarfs aus dem sozialen Bereich. Für die nächsten Jahre kann die in Wiesbaden geschaffene Struktur dazu beitragen, diesen spezifischen Unterstützungsbedarf zu präzisieren und gleichzeitig zu sichern, dass er unabhängig von institutionellen Begrenzungen nachhaltig aufgegriffen werden kann.

In Hessen werden die Pflegestützpunkte in gemeinsamer Trägerschaft der Verbände der Pflegekassen und der jeweiligen örtlichen Sozialhilfeträger betrieben. Ob die damit auf der Grundlage der Vorschriften im SGB XI für die Pflegestützpunkte geschaffenen Optionen ausreichen, um die in Wiesbaden etablierten Strukturen landesweit zu verankern, bedarf weiterer Diskurse auf Landesebene.

4.4 Ergebnisse - eine poetische Aufarbeitung

*Wer begann am ersten Fünften Zweitausendsechzehn?
Wer kann nach 2 Jahren hier oben zu Recht stehen,
Wer arbeitet nicht nur multi-, sondern megaprofessionell?
Wer erkennt sozialen Bedarf extrem schnell?*

*Wer erkennt die Betroffenen und weiß wer sie sind?
Wer hat einen Ziel- und Maßnahmenbaum gepflanzt?
Wer hat alle Hürden elegant umtanzt?
Wer muss sich mit Datenschutzrichtlinien plagen?*

*Wer networkt solange bis die Landeshauptstadt
ein blickdichtes, soziales Auffangnetz hat?
Wer hat ein Ziel, und geht lange Wege dahin?
Es ist der Schnittstellenmanager und die Schnittstellenmanagerin.
(Lars Ruppel, 2018)*

Mit diesen Worten griff der Poetry-Slam-Meister Lars Ruppel die Arbeit des Wiesbadener Netzwerks für Geriatrische Rehabilitation/Forum Demenz bei der Abschlussveranstaltung am 23. November 2018 im Theater im Pariser Hof auf.

5. Stellungnahmen der Akteure, Instrumente und Presseberichte

5.1 Stellungnahmen aus Perspektive der unterschiedlichen Akteure

5.1.1 Stellungnahmen der Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden



Akademisches Lehrkrankenhaus
der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Lana Pfannkuch (Klinische Prozesse, Patientenservicecenter – Krankenhaus-Sozialdienst)

Die pflegerische Überleitung zielt darauf ab, individuelle Versorgungsprozesse effizienter und koordinierter zu gestalten. Daraus resultiert, dass je nach Anwendungsgebiete auch die Anforderungen sich unterscheiden und verschiedene Konzepte entwickelt haben, die für spezielle Zielvorgaben optimiert worden sind.

Das G-DRG-System, das 2003 in Deutschland eingeführt wurde, rechnet die Vergütungen von stationären Behandlungen nach Fallpauschalen ab. Die Ziele der Einführung dieser Fallpauschalen sind, die stationäre Verweildauer der Patienten und die Finanzierungskosten der Kliniken zu senken und dahin führend effizient zu arbeiten. Das bedeutet, dass die Organisation der poststationären Nachsorge bereits mit der Aufnahme veranlasst werden muss.

Das Ziel der Überleitung ist eine hoch qualitative Versorgungsstruktur auf der System- und Regionalebene aufzubauen. Durch den demographischen Wandel, konkret: durch sich ändernde Familienstrukturen und vermehrt auftretende Singlehaushalte, braucht es eine aufwändigere pflegerische und medizinische Versorgung. Daher besteht die Herausforderung darin, die konstante Versorgung der Patienten in der Häuslichkeit zu gewährleisten. Erschwerend kommt hinzu, die stetige Zunahme von chronischen Erkrankungen, sowie die wachsende Zahl schwer kranker beziehungsweise hochbetagter, teilweise multimorbider, Menschen.

Die pflegerische Überleitung bietet möglicherweise Lösungsansätze, um mit Hilfe der benötigten Leistungen zeitnah die Versorgung sicherzustellen. Die Entwicklung der letzten Jahre bedeutet für den Klinikalltag neue Herausforderungen und Aufgaben. So fordert zum Beispiel das aktuelle Versorgungsstrukturgesetz für den Prozess des Entlassungsmanagements eine zentrale Koordination, um eine frühzeitige Versorgung der stationären Patienten in externe Nachsorgestrukturen zu gewährleisten. Dabei müssen

vermehrt die individuellen Versorgungsbedürfnisse der Patienten und die ökonomischen Erfordernisse berücksichtigt werden. Die Zusammenarbeit mit verschiedenen externen Unternehmen gewinnt mehr und mehr an Bedeutung, um eine fallübergreifende Versorgungsgestaltung, Optimierung von Versorgungsstrukturen und -prozessen zu gewährleisten und zu erzielen.

Hinzu kommt, dass in einigen ländlichen Gebieten medizinische oder pflegerische Dienstleistungen teilweise rar sind, sodass nicht nur ihre Koordination, sondern die Sicherstellung des Zugangs zu Leistungen immer wichtiger wird. So sind zum Beispiel die ländlichen Gebiete nicht ausreichend mit ambulanten Pflegediensten oder SAPV-Diensten (Spezielle Ambulante Palliative Versorgung) versorgt, und eine gezielte Suche nach Dienstleistern, die im Umkreis eine adäquate Patientenversorgung übernehmen können, sich manchmal schwierig gestaltet. Umso wichtiger ist es, eine gut funktionierende Kommunikation- und Kontaktvernetzung zu haben.

Auf die pflegerische Überleitung übertragen bedeutet es, dass ein Berater seine Tätigkeiten mit dem Handeln anderer Organisationen verknüpft und somit Patienten mit verschiedenen formellen und informellen Ressourcen zusammenbringt. Neben dieser professionellen Zusammenarbeit sind soziale Netzwerke wie Familie, Nachbarschaften, Freundschaften von sehr großer Bedeutung. Denn da gilt es zu ermitteln, wer wichtig ist und wie diese Beziehungen in die Versorgung mit integriert werden können. Die Systemebene ist fallübergreifend und ein fließender Prozess. In diesem Zusammenhang kommt die Frage nach geeigneten Instrumenten für die Berufspraxis auf.

Die Landeshauptstadt Wiesbaden ist mit ihren ca. 290.000 Einwohnern die zweitgrößte Stadt Hessens und in 26 Ortsbezirke aufgeteilt. Aufgrund ihrer langjährigen Entwicklung und Infrastruktur ist sie bevölkerungsstatistisch eine ältere und wohlhabende Stadt. Demzufolge steht die stationäre Behandlung älterer Menschen im Krankenhaus seit Jahren vor zunehmenden Herausforderungen. Die Stadt befasst sich mit Maßnahmen, um den Ansprüchen auf häusliche vor stationärer Versorgung gerecht zu werden. Trotzdem zeigt die Praxis der letzten Jahre, dass es in der Überleitung älterer Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt noch immer zu einschneidenden Unterbrechungen in den Versorgungsstrukturen kommt.

Aufgrund dessen ist es die Aufgabe und das Ziel der kommunalen Altenarbeit der Stadt Wiesbaden, die Selbständigkeit älterer Menschen so lange wie möglich zu erhalten. Dies wird durch die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter (insgesamt acht), die es in allen Stadtbezirken gibt, unterstützt. Seit dem Jahr 2000 kooperieren die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter mit dem Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation (GeReNet.Wi). Das GeReNet.Wi ist eine Zusammenarbeit für alle sozialen Einrichtungen der Stadt. Weiterer Partner der Beratungsstellen ist das in den Jahren 2007/2008 gegründete Forum Demenz Wiesbaden. Ergänzend zu den bereits vorhandenen Angeboten wurde Ende 2012/Anfang 2013 in der Stadt ein Pflegestützpunkt (als ein Teil der Pflegereform 2008 eingeführt) etabliert, der an die Bevölkerung bis zum 60. Lebensjahr adressiert ist.

Das GeReNet.Wi ist ein Netzwerk der Altenhilfe und des Gesundheitswesens der Stadt Wiesbaden, das sich dafür einsetzt, die Lebensqualität älterer Menschen zu sichern und zu fördern. Das Ziel der Zusammenarbeit besteht darin, die Autonomie und die Lebensqualität älterer Menschen zu sichern und zu verbessern. Ein Schwerpunkt dieses Netzwerks besteht darin, den Entlassungsprozess aus dem Krankenhaus und die Nachsorge nach einem stationären Klinikaufenthalt so zu gestalten, dass Brüche an den verschiedenen Schnittstellen vermieden werden.

Das Beratungsangebot dient nicht nur als einmaliger Service, sondern begleitet die Betroffenen individuell und solange es erforderlich ist. Um all diese Leistungen in Anspruch nehmen zu können, müssen die Betroffenen bestimmte Voraussetzungen erfüllen. Dazu gehören zum Beispiel, je nach Lebenslage der Bezug der Leistungen nach SGB II oder SGB XII; das Bestehen einer Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegeversicherungsgesetz; das Vorliegen einer Schwerbehinderung nach SGB IX; das Fortschreiten und der unaufhaltsame Verlauf einer unheilbaren chronischen Erkrankung.

Der Krankenhausaufenthalt und die anschließende Entlassung bringen viele ältere Menschen aus dem Gleichgewicht. Trotz der individuellen Organisation häuslicher Versorgung durch das Helios-HSK Patientenservicecenter (PSC), kommt bei den Betroffenen häufig die Frage nach der poststationären Begleitung und Unterstützung auf. Hierbei können die Mitarbeiter des PSC mit dem Einverständnis der Patienten, einen Kontakt zu den Beratungsstellen, dem Pflegestützpunkt oder Forum Demenz herstellen. Somit kann eine weitere pflegerische oder sozialrechtliche Betreuung im häuslichen Umfeld fortgeführt werden. Der Kontakt wird mittels „Info-Fax“ an die Beratungsstelle übermittelt. Die zuständigen Sozialarbeiter nehmen unmittelbar nach der Entlassung Kontakt mit den Patienten auf. Dies erfolgt in Form eines Hausbesuches oder einer telefonischen Beratung. Die Wiesbadener Notfallkarte wird dem Patienten bei der Entlassung ausgehändigt, in der alle wichtigen Angaben zur Person, Angehörigen, Hausarzt und weiteren Dienste aufgeführt sind. Die Beratungsstellen nutzen das „Info-Fax“, wenn Patienten im Krankenhaus aufgenommen werden. Ebenfalls wenn Patienten den Beratungsstellen durch Rettungswesen gemeldet werden. Bereits bei dem Einsatz können die Rettungskräfte die Ersteinschätzung der Wohnsituation und des Erscheinungsbildes machen (Hinweise auf Verwahrlosung, pflegerischer Zustand). Es unterstützt die zuständigen Kliniksozialarbeiter bei der Aufnahme und Überleitung. Die Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden arbeiten seit einigen Jahren mit der Abteilung Altenarbeit des Amtes für Soziale Arbeit zusammen. Um eine reibungslose Überleitung der Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt zu optimieren, wurden schon im Jahr 2009 regelmäßige Treffen zwischen den Beratungsstellen, dem GeReNet Wiesbaden, dem Pflegestützpunkt und den Kliniksozialdiensten veranlasst. Seitdem finden die Gespräche im Rahmen der Beiratssitzungen jährlich statt.

Nach dem Projekt ist es deutlich zu merken, wie durch die demografischen Veränderungen das Klinikpersonal in Akutkrankenhäusern und vor allem die Ärzte sich damit konfrontiert sehen, wenn ältere Patienten große soziale und pflegerische Problemlagen aufweisen, die enorm hohen Beratungs-, Koordinations- und Organisationsaufwand bedürfen. Durch das eingeführte DRG-System und sich damit verbundene kurze Liegedauer kann diesen nicht immer ausreichend gerecht werden. Umso wichtiger sind weitere Entwicklungen, Implementierungen, Evaluationen der zusätzlichen Maßnahmen! Damit ältere Menschen mit besonderen und aufwendigeren Versorgungsbedarfen früh genug erkannt werden und noch bessere Qualität der Beratungen und Hilfestellungen erfahren können, um die Möglichkeit der Rückkehr und Verbleib in der Häuslichkeit zu erhalten!

5.1.2 Stellungnahme des St. Josefs-Hospital Wiesbaden



Arne Evers (Pflegedienstleiter, Pflegewissenschaftler)

Das Projekt „Schnittstellen-Management bei Krankenhaus Aufnahme- und Entlassung“ fokussierte den Übergang zwischen Aufnahme – Behandlung – Entlassung und dies über verschiedene Sektoren hinweg. Besonders im Fokus waren Patienten, die nicht zwangsläufig einen medizinischen Behandlungsgrund haben aber dennoch in ein Krankenhaus gebracht werden.

Häufig sind dies Menschen, die aufgrund ihrer Wohn- und Lebenssituation nicht in ihrer Häuslichkeit verbleiben können. Die Gründe dafür sind vielfältig: Überforderung im Alltagsleben, verlorene Kompetenz zur Selbstfürsorge, Verwahrlosung oder auch das Nicht-Vorhandensein eines sozialen Netzwerkes und/oder eines „Kümmerers“.

Wie beschrieben haben diese Menschen häufig keine medizinische Diagnose, die einen Krankenhausaufenthalt unbedingt notwendig macht, es ist aber auch nicht zu verantworten diese Patienten wieder zurückkehren zu lassen – insbesondere für das St. Josefs-Hospital Wiesbaden und seine christlichen Werte würde dies einen Widerspruch darstellen.

Das nun beendete Projekt fokussierte darauf, den Übergang aus dem Krankenhaus zurück in die Häuslichkeit besser zu strukturieren und frühzeitig einen Kontakt der betroffenen Menschen mit dem Amt für Soziale Arbeit herzustellen. Dabei war es durchaus auch das Ziel unnötige Wiederaufnahmen zu vermeiden.

Zu diesem Zweck wurde ein Verfahren entwickelt, diese Patienten frühzeitig zu erkennen und dann „sozial überzuleiten“. Das Verfahren wurde im St. Josefs-Hospital Wiesbaden in allen Stationen implementiert und durch eine enge Anbindung an den Sozialdienst auch umgesetzt.

Nicht zu verheimlichen ist, dass die Umsetzung durch verschiedene Gründe erschwert war. Zum einen gab es Hemmnisse in der alltäglichen Umsetzung, zum anderen war der Zeitpunkt aufgrund der zeitgleichen Implementierung des „Rahmenvertrag Entlassmanagement“ ohnehin erschwert. Eine dauerhafte Verstärkung über den Projektzeitraum hinaus ist daher noch nicht konsequent umgesetzt.

Anhand des nun vorliegenden Berichts ist aber festzuhalten, dass das erprobte, sicherlich auch noch nicht endgültig finalisierte Verfahren, einen großen Mehrwert bietet. Davon zeugte auch eine gemeinsame Diskussion mit allen Stationsleitungen des St. Josefs-Hospital Wiesbaden, der durchführenden Wissenschaftlerin Frau Dr. Schönemann-Gieck sowie MitarbeiterInnen des Amtes für Soziale Arbeit um Johannes Weber und Natascha Faßbender. Ein maßgeblicher Punkt wird auch hier die Digitalisierung im Gesundheitswesen sein, so ein gemeinsamer Konsens.

Abschließend ist festzuhalten, dass das geschilderte Projekt, wie auch die vorherigen Projekte um das Team von Herrn Johannes Weber, einen innovativen Ansatz bietet eine Patientengruppe zu fokussieren die im Alltag zwar Relevanz hat, bisher aber wenig in der gemeinsamen Schnittstelle zwischen sozialer Arbeit und Gesundheitswesen thematisiert wurde.

Daher war es auch für das St. Josefs-Hospital Wiesbaden eine Freude am Schnittstellenmanagement mit- und auch an zukünftigen Projekten mit den Kooperationspartnern zusammenzuarbeiten.

5.1.3 Stellungnahme der Asklepios Paulinen Klinik



Laura Mosmann (B. Sc. Gesundheit und Pflege, Bereichsleitung Station B5/Station B8/Station G1 A)

Die Asklepios Paulinen Klinik hat erfolgreich am Projekt GeReNet.Wi 3 teilgenommen. Gemeinsam mit verschiedenen Akteuren des Gesundheits- und Sozialwesens der Stadt Wiesbaden konnte aus Sicht der APK eine gute Zusammenarbeit, Vernetzung und Kommunikation entstehen.

Der Schwerpunkt des Projektes bestand aus der Verbesserung des Schnittstellenmanagements bei Krankenhausaufnahme und -entlassung. Die Asklepios Paulinen Klinik hat aus Sicht des Krankenhauses folgende Schwerpunkte aus dem Projekt definiert. Wie kann die Entlassung eines multimorbiden, älteren Menschen in die häusliche Umgebung im Krankenhaus optimiert werden? Welche Informationen benötigt es, sowohl aus dem Krankenhaus zu den nachsorgenden Institutionen, als auch Informationen zum Patienten in das Krankenhaus.

Im Projekt „Schnittstellenmanagement“ wurde gemeinsam mit allen beteiligten Akteuren eine Zielgruppe von Personen festgelegt, die im Verlauf des Projektes in den Fokus genommen wurden. Folgende Kriterien sind definiert:

- Alter über 65 Jahre (im Projektverlauf geändert auf 60 Jahre)
- keine handlungsfähige und /oder handlungsbereite Bezugsperson (Kümmerer)
- Erkrankung mit daraus folgenden Beeinträchtigungen der Versorgung
- unklare häusliche Versorgungssituation

Anhand dieser Kriterien wurde ein Datenerhebungsbogen entworfen, um wissenschaftliche Erkenntnisse und daraus resultierende Maßnahmen erheben zu können. Die Datenerhebung fand in der Asklepios Paulinen Klinik auf Station G1 statt. Diese Station hat 20 Betten und versorgt geriatrische Patienten mit dem Schwerpunkt der Alterstraumatologie. Es besteht die Besonderheit, dass sowohl elektive Patienten, als auch Notfallpatienten auf dieser Station aufgenommen werden. Die Daten wurden mit dem Bogen „Grunddaten Person“ von Physician Assistance erhoben und an die Beratungsstellen zur weiteren Bearbeitung gesendet.

Ein weiterer Punkt für die Klinik im Rahmen des Projektes war es, die Arbeit und die Möglichkeiten der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter in Wiesbaden in der Asklepios Paulinen Klinik bekannter zu machen. Es wurden die erarbeiteten Checklisten zur Krankenhausaufnahme und -entlassung auf den Stationen verteilt. Auch die Notfallkarte wurde in den Patientenaufenthaltsräumen ausgelegt, damit diese vermehrt in Umlauf kommt.

Im Sommer 2018 hat zusätzlich eine Informationsveranstaltung in der Asklepios Paulinen Klinik stattgefunden. Alle Bereichs- und Stationsleitungen der Pflege wurden von den Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter informiert und Informationsmaterial ausgegeben. So konnten die Informationen transparent in alle Pflgeteams auf die Stationen kommuniziert werden. Es gab ein positives Feedback der Pflegekräfte über die Informationen und Möglichkeiten der Beratungsstellen.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Möglichkeit der Teilnahme am Projekt GeReNet.Wi 3 für wertvolle Informationen zur Arbeit mit Menschen im Alter für die Asklepios Paulinen Klinik gegeben hat. Die Versorgung dieser Menschen in der Stadt Wiesbaden ist sehr besonders organisiert und es wird ein besonderes Augenmerk auf diese Personengruppe gelegt. Die Zusammenarbeit der stationären und ambulanten Versorgungsstrukturen konnte verbessert und die Schnittstellen der Krankenhausaufnahme und -entlassung optimiert werden.

5.1.4 Fazit der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter

Katharina Obendoth (Arbeitsgruppenleitung der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter, Landeshauptstadt Wiesbaden)



Amt für Soziale Arbeit

Im Jahr 1983 wurde die erste Beratungsstelle für selbständiges Leben im Alter in Wiesbaden Biebrich als Modellversuch eröffnet. Heute, rund 36 Jahre später, erstreckt sich das Beratungsangebot auf das gesamte Stadtgebiet, verteilt auf vier Standorte mit insgesamt 20 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Seit Anbeginn verfolgen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter das Ziel, älteren Menschen auch im Falle eines Hilfe- und Pflegebedarfs, in deren selbständiger Lebensführung zu unterstützen. Für die vielfältigen Aufgaben und Fragestellungen ist die Vernetzung mit Akteuren aus der ambulanten und stationären Altenhilfe sowie dem Gesundheitswesen unabdingbar und seit Jahren ein wichtiger Baustein in der alltäglichen Arbeit.

So kann unter anderem auf eine langjährige Kooperation mit den Krankenhaussozialdiensten der Kliniken HSK akut und Psychiatrie, St. Josefs-Hospital, Asklepios Paulinen Klinik und Vitos Rheingau zurückgeblendet werden. Zwischen den drei Akutkliniken (HSK, Joho und APK) hat das Info-Fax als Instrument zum Austausch von Patienten/Klienten mit Hilfebedarf vor 12 Jahren Einzug erhalten. Bis heute gilt es als wichtiges und sehr geschätztes Instrument zur Überleitung in und aus dem Krankenhaus. Entwickelt wurde es damals im Zuge des GeReNet.Wi 1.

Im Rahmen des GeReNet.Wi 3 und den Sitzungen des Nachsorgezirkels, wurde auch die Schnittstelle Krankenhaussozialdienst ↔ Beratungsstelle für selbständiges Leben im Alter, thematisiert. Hierbei wurde unter anderem eine Aufstellung der unterschiedlichen Aufgabenbereiche und Arbeitsinhalte vorgenommen um somit den Zeitpunkt der Übergabe mittels Info-Fax zu definieren. Die Fragestellung in welchen Fällen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Beratungsstellen, Patienten in der Klinik aufsuchen, konnte somit ebenfalls konkretisiert werden. Grundsätzlich wurde festgelegt, dass nur in Ausnahme- bzw. Einzelfällen und bei Vorliegen der festgelegten Kriterien ein Besuch durch einen Beratungsstellenmitarbeiter/in, in der Klinik erfolgt.

Der intensive Austausch, mit allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern im Nachsorgezirkel, war hilf- und aufschlussreich insbesondere das gegenseitige Verständnis wurde damit gefördert. Darüber hinaus konnten auf kurzem und unkompliziertem Weg kleinere Probleme identifiziert und bestenfalls behoben

werden. Dass der Nachsorgezirkel auch nach Beendigung der Projektlaufzeit weitergeführt wird, angesiedelt bei der Geschäftsstelle GeReNet.Wi/Forum Demenz, liegt auch im Interesse der Beratungsstelle für selbständiges Leben im Alter. So kann weiterhin Austausch unter den einzelnen Akteuren stattfinden und gemeinsam an Lösungen möglicher Schnittstellenbarrieren gearbeitet werden.

Ein Meilenstein für die Verbesserung der Überleitung wurde durch die Einbeziehung des Rettungsdienstes erreicht. Der Rettungsdienst als Bindeglied zwischen ambulant und stationär, konkret zwischen Beratungsstelle/Pflegestützpunkt und Klinik, ist ein wichtiger Kooperationspartner und auch Übermittler von Informationen, die der weiteren Versorgung dienlich sind. Nicht nur die Vermeidung von Aufnahmen im Krankenhaus mit ausschließlich sozialer Indikation sondern auch die Übermittlung von sozialem Interventionsbedarf als Begleitindikation ist für die Organisation des Versorgungsplanes im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt wertvoll.

Abschließend ist zu sagen, dass die Entwicklungen der vergangenen 2 1/2 Jahre für die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter wie aber insbesondere für zukünftige Klientinnen und Klienten von hohem Wert sind. Je früher Menschen mit einem Hilfebedarf ins Altenhilfesystem eingebunden werden und je barrierefreier Schnittstellen gestaltet werden, desto besser kommen die Hilfen dort an, wo sie benötigt werden.

5.1.5 Stellungnahme des Rettungswesens

Norbert Hagner (Sachgebietsleiter Rettungsdienst / Medizinische Gefahrenabwehr bei Landeshauptstadt Wiesbaden – Berufsfeuerwehr)



Die Integrierte Leitstelle für Feuerwehr und Rettungsdienst der Landeshauptstadt Wiesbaden bearbeitet jährlich ca. 270.000 Notrufe/Anrufe. Daraus resultieren ca. 6.000 Feuerwehr und ca. 60.000 Rettungsdiensteinsätze. Auf den Tag gerechnet bedeutet das ca. 15 Feuerwehreinsätze und ca. 160 Rettungsdiensteinsätze in Wiesbaden. Die Leistungen im Rettungsdienst, durch die Berufsfeuerwehr gesteuert, werden durch die Wiesbadener Hilfsorganisationen (Ambulance Wiesbaden, ASB, DRK, JUH und MHD) erbracht. Hierzu gibt es vier Rettungswachenstandorte sowie zwei Notarztstandorte im Stadtgebiet verteilt.

Bedingt durch äußere Einflussfaktoren wie dem demographischen Wandel, veränderte Ambulante Versorgungsstrukturen sowie Schließungen von stationären Einrichtungen, steigen die Einsätze im Rettungsdienst kontinuierlich an. Neben der quantitativen Veränderung verändert sich auch die Qualität des rettungsdienstlichen Einsatzes. So steigen die Einsätze mit sozialer Indikation bzw. Einsätze mit sozialer Begleit-

situation überdurchschnittlich. Viele dieser angetroffenen Patienten benötigen weniger medizinische Versorgung als vielmehr psychosoziale Unterstützung. Trotz alledem wurden dieser Patienten/Klienten häufig einer Akutklinik zugeführt, da die häusliche Situation unzureichend war, und es für das Rettungsdienstpersonal vor Ort keine alternativen Lösungsansätze gab.

Mit der Kooperationsvereinbarung zur Umsetzung des Projektes „Schnittstellenmanagement bei Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung“ wurde diese Versorgungslücke zum größten Teil geschlossen. Über einen standardisierten Meldebogen kann die Rettungsdienstbesatzung direkt verschiedene Unterstützungsbedarfe an die Beratungsstelle für Selbstständiges Leben im Alter melden. Die Kolleginnen und Kollegen der Beratungsstellen nehmen dann kurzfristig Kontakt mit dem Klienten bzw. dessen Angehörigen auf. Wichtig hierbei ist, dass die meldende Rettungsdienstbesatzung eine Rückmeldung zu den eingeleiteten Maßnahmen erhält.

Seit Einführung des Projektes im März 2018 wurden bisher über 80 Fälle an die Beratungsstellen gemeldet. Hierbei wird den Mitarbeiterinnen und -mitarbeitern des Rettungsdienstes eine hohe Sensitivität bescheinigt. In fast allen gemeldeten Fällen konnte den Klienten selbst bzw. den Angehörigen in ihrer akuten und langfristigen Situation geholfen werden.

Auch aus den Reihen des Rettungsdienstpersonals wird das Projekt als sehr erfolgreich bewertet, da es eine wichtige Versorgungslücke im Portfolio des Rettungsdienstes schließt.

5.1.6 Stellungnahme aus Perspektive einer niedergelassenen Hausärztin

Dr. Susanne Springborn (niedergelassene Hausärztin, Curandum - Gesundheitszentrum Wiesbaden Ost)

„Schnittstellen-Management bei Krankenhaus-Aufnahme und Entlassung“ – Digitale Aspekte – keep it save and simple

Ziel des Projektes „Schnittstellen-Management bei Krankenhaus-Aufnahme und Entlassung“ ist, im Stadtgebiet Wiesbaden neue, sektorenübergreifende Kommunikationswege zwischen den beteiligten Gesundheits- und Pflegeberufen zu etablieren, einen reibungslosen Übergang bei Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung zu organisieren und somit die Versorgung von alten hilfebedürftigen Patientinnen und Patienten zu verbessern.

Neue sektorenübergreifende Kommunikationswege? Da könnte Digitalisierung hilfreich sein.

Fakten zur Digitalisierung im Gesundheitsbereich:

Im Ländervergleich liegt Deutschland im Rückstand bei der digitalen Gesundheit und steht erst am Anfang der digitalen Transformation (Studie Bertelsmannstiftung 2018).

Deswegen setzt der deutsche Gesetzgeber Impulse mittels eHealth-Gesetz und dem Innovationsfond, der finanziell attraktiv erscheint.

Die Schwerpunkte des eHealth Gesetz von 2015 sind: Medikationsplan, Elektronischer Arztbrief, Versichererstammdatenmanagement (VSDM) und Prüfung des Versicherungsnachweises, Videosprechstunden, Notfalldatenspeicherung, Elektronische Patientenakte und Elektronisches Patientenfach – sie sollen den Quantensprung zum digitalen Gesundheitswesen ermöglichen.

Der Begriff SmartHealth beschreibt die Digitalisierung im Gesundheitswesen weiträumiger. Er beinhaltet

- eHealth: Einsatz elektronischer Geräte in der medizinischen Versorgung (Albrecht 2016). Beispiele dafür sind Telemedizin (Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien für Diagnose, Therapie, Konsultation unter Überwindung räumlicher und zeitlicher Distanz), elektronische Patientenakte, elektronische Gesundheitsakte, medizinische Informatik, e-Learning im Medizinbereich, online Terminservice.
- mHealth: Definition Weltgesundheitsorganisation (2011) Einsatz drahtloser Geräte für elektronische Lösungen auf mobilen Geräten für medizinische Versorgung und Gesundheitsvorsorge (Bsp. Gesundheitsapps).
- Health IT: intelligente Kommunikationswege im Gesundheitsbereich (Krankenhausinformationssystem, elektronische Praxisverwaltung, TI-Anbindung)

Die Telematikinfrastruktur (TI) startete 2017 und ist noch im Aufbau. Sie soll alle Beteiligten im Gesundheitswesen miteinander vernetzen: ärztliche Praxen, psychotherapeutische Praxen, Krankenhäuser, Apotheken und Krankenkassen. Etwa die Hälfte der niedergelassenen Praxen in Deutschland ist bis 01/2019 an die TI angebunden worden.

Das wesentlich Ziel der TI ist: medizinische Informationen, die für die Behandlung benötigt werden, werden schneller und einfacher verfügbar. Oberste Priorität: Datensicherheit.

Was gibt es schon in Wiesbaden an Digitalisierung im Gesundheitswesen?

- ERP(Enterprise Resource Planning): Praxisverwaltungssysteme (PVS),
- Krankenhausinformationssysteme (KIS), digitale Verwaltungssysteme der Apotheken (WaWi - Warenwirtschaft) und Pflegedienste
- KV-SafeNet (digitales Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen)
- Online-Dienste des Apothekenrechenzentrums Darmstadt
- Optadata, Abrechnungszentrum für Dienstleistende im Bereich Heilmittel, Hilfsmittel, Transport
- Digitale Telekonferenzen der Krankenhäuser
- Televisite Rheingau → Hausbesuche mit iPad (nichtärztliche Praxisassistentin), System von Avaya
- Sektorenübergreifende digitale Plattform unter 65207 Wiesbaden (comjoodoc)

Was ist in Umsetzung?

- TI-Anbindung der Krankenhäuser/Arztpraxen/Apotheken/Krankenkassen/Kassenärztliche Vereinigungen
- Hebammenplattform (Gesundheitsamt Wiesbaden) für Wiesbaden

Was ist in Wiesbaden angedacht?

- Wiesbadener digitale Gesundheitsplattform
- CareView (digitale Quartiersplattform), geplant für Wiesbaden

Aus eigener Erfahrung mit smartHealth im hausärztlichen Bereich in Wiesbaden, ergeben sich für mich folgende Ansätze:

Die Digitalisierung als Hilfsmittel der Kommunikation schafft neue Möglichkeiten. Sie führt zu einer Demokratisierung, da die modernen Kommunikationstechnologien Wissen einer breiten Bevölkerungsschicht zukommen lassen. Digitalisierung verbessert Vernetzung und dadurch Fokussierung auf Kernkompetenzen. Durch Übernahme von algorithmischen Aufgaben ermöglicht sie zeitlichen Spielraum zur Steigerung der Qualität auch im Sinne der Work-Life-Balance. Dadurch kann sie Fachpersonal vor Ort binden. Sie vermag zu unterstützen, um vom sektoralen Handeln zum sektorenübergreifenden Versorgen überzugehen.

Die Quartiersversorgung erhält durch Digitalisierung eine neue Qualität.

Digitalisierung schafft jedoch auch Barrieren, die es zu überwinden gilt. Technikferne Menschen benötigen Unterstützung bei der Anwendung und dem Abschätzen von Wirkung/Nebenwirkung der neuen Technik. Das Thema Datenschutz entschleunigt den Fortschritt der Digitalisierung.

Was bedeutet das für unser Schnittstellen-Management bei Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung?

Die Bedarfe des Schnittstellenmanagements müssen zunächst definiert werden, um sie dann digital umzusetzen und abzarbeiten. Dabei gilt im Auge zu behalten: KISS – keep it safe and simple.

Im Wiesbadener Osten besteht eine hausärztliche Unterversorgung, 50% der Sitze sind zur Zeit besetzt. Um die Bevölkerung auch unter diesen Umständen gut zu versorgen, nutzt unsere allgemeinmedizinische Praxis eine digitale, datengeschützte, sektorenübergreifende Plattform zur Kommunikation (Datenaustausch per Videokonferenz, Chat, Telefonie, Hochladen von Daten) zwischen Pflegedienst, Apotheke und anderen Gesundheitsanbietenden vor Ort. Diese Plattform bildet eine Schnittstelle zu weiteren digitalen Kommunikationssystemen im Health IT-Bereich (siehe oben) und vernetzt diese. In den östlichen Vororten Wiesbadens sind „Kümmern“ und Kommunizieren gewachsene Tradition, die durch die Digitalisierung unterstützt wird und sich in ihr abbildet. Als Anwenderin der Televisite Rheingau bei Hausbesuchen weiß ich, wie wichtig es ist, die digitale Technik mit Menschen zu Menschen zu bringen, damit sie akzeptiert wird.

Die digitale Vernetzung beispielsweise der Wiesbadener Krankenhäuser, Sozialdienste, Pflegedienste, Rettungsdienste, Pflegeheime, hausärztlichen Praxen über die sektorenübergreifende Plattform ist in Wiesbaden technisch sofort umsetzbar. Inhaltlich muss diese Vernetzung jedoch erst gefüllt werden. Schlüssel sollte dabei die effektive, wertschätzende Kommunikation auf Augenhöhe zwischen den Professionen sein mit dem Fokus Mensch. Dies umfasst standardisierte Kommunikation (Bsp. Checklisten, Datenschutzformulare), „Hotlines“ zur Krisenintervention, persönlicher Austausch zeitgleich (Videokonferenz), zeitversetzt (Chat) und Verfestigung einer koordinierenden Struktur auf kommunaler Ebene.

Fazit:

Das Projekt „Schnittstellen-Management bei Krankenhaus-Aufnahme und Entlassung“ hat die Beteiligten des GeReNet.Wi/Forum Demenz zur Erweiterung ihres sektorenübergreifenden, interprofessionellen Austausches gebracht mit Fokus auf die Verbesserung der Situation hilfebedürftiger Menschen. Schon jetzt bestehen in Wiesbaden digitale Systeme, die für das Schnittstellen-Management angewendet werden können.

5.2 Anlagen zum Verfahren „soziale Überleitung“

- 5.1.1 Informationsschreiben für die Kliniken
- 5.1.2 Instrument „Entlassdokumentation für die Beratungsstellen“
- 5.1.3 Instrument „Grunddaten_sozial“
- 5.1.4 Instrument „Endlassplanung_sozial“
- 5.1.5 Poster zum Verfahren soziale Überleitung

5.3 Anlagen zum Verfahren „Kooperation mit den Rettungswesen“

- 5.3.1 Verfahren Rettungsdienst: Kooperationsvereinbarung
- 5.3.2 Instrument „Überleitung“ an die Beratungsstellen
- 5.3.3 Beitrag zum Verfahren aus dem Wiesbadener Kurier (12. Dezember 2018)

5.4 Weitere Anlagen

- 5.4.1 Präsentation für die Stationsleitungsbesprechungen „Nachsorgemöglichkeiten für Menschen mit sozialem Unterstützungsbedarf“
- 5.4.2 Einladungsflyer Bürgerveranstaltung „Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung – Was muss ich wissen?“
- 5.4.3 Beitrag aus dem Wiesbadener Kurier (18. Januar 2018): Programm zur Bürgerveranstaltung
- 5.4.4 Beitrag aus dem Wiesbadener Kurier zur Bürgerveranstaltung (22. Januar 2018)
- 5.4.5 Beitrag aus dem Wiesbadener Kurier (23. Januar 2018): Checklisten und Notfall-Karten
- 5.4.6 Beitrag aus der Seniorenzeitschrift Consens über die Abschlussveranstaltung

Information zum Überleitungsverfahren im GeReNet.Wi 3

Hintergrund

Seit vielen Jahren arbeiten die drei großen Akutkliniken Wiesbadens daran, die Entlassung aus dem Krankenhaus nach Hause zu verbessern. Besonders dann, wenn Patienten nach einem Krankenhausaufenthalt hilfe- oder pflegebedürftig sind und ihre individuelle häusliche Versorgung neu geregelt oder angepasst werden muss, sind Kliniken bei der Planung auch auf die Unterstützung ambulanter Dienste - wie z.B. die kommunalen Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter¹ - angewiesen.

Im Wiesbadener Gesundheitsnetz „GeReNet.Wi 3“ haben sich nun alle großen Kliniken Wiesbadens und das Amt für Soziale Arbeit Wiesbaden zusammen getan, um ein geregeltes Kooperationsverfahren zu entwickeln und zu erproben. Ziel des Verfahrens ist es, einen reibungslosen Übergang zwischen den Kliniken und den nachsorgenden Diensten sicherzustellen und damit eine gute häusliche Versorgung älterer, hilfebedürftiger Patienten zu gewährleisten.

Auswahl der Teilnehmer

Der Fokus des Verfahrens liegt auf Patienten ab 65 Jahren, die nach Hause entlassen werden sollen und einen Unterstützungsbedarf aus dem sozialen Bereich aufweisen.

Hinweise auf einen sozialen Unterstützungsbedarf sind gegeben bei

- ☞ **Fehlen einer handlungsfähigen und handlungsbereiten Bezugsperson** (Kümmerer) - z.B. Angehörige, Nachbarn, Anbindung an Dienste
- ☞ **Erkrankung mit daraus folgenden Beeinträchtigungen der Versorgung** (hauswirtschaftlicher, pflegerischer Bedarf, Hilfsmittel-Bedarf)
- ☞ **Unklarer häuslicher Situation** - wie z.B. Barrieren im häuslichen Umfeld, Hinweise auf Verwahrlosung, finanzieller Unterstützungsbedarf

Trifft mindestens eines dieser Kriterien zu, erfolgt die Kontaktaufnahme zum Patienten auf Station.

¹ Die Wiesbadener Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter bieten Beratung und unterstützen die Organisation und Finanzierung von Hilfen zu Hause.

Verfahren

Das Verfahren beinhaltet vier Schritte:

- (1) Ein Klinikmitarbeitender befragt den Patienten bzw. seinen Angehörigen oder gesetzlichen Vertreter nach dem aktuellen gesundheitlichen und seelischen Befinden sowie der Situation zu Hause. Hierfür nutzt er das Instrument „Grunddaten zur Person“.
- (2) Der Klinikmitarbeiter / Kliniksozialdienst ermittelt - zusammen mit dem Patienten bzw. seinen Angehörigen oder gesetzlichen Vertretern die Unterstützungsbedarfe nach der Entlassung² und organisiert die abgesprochenen Maßnahmen. Er füllt dazu das Instrument „Entlassplanung soziale Hilfen“ aus.
- (3) Die Klinik übermittelt spätestens 24 Std. vor Entlassung die beiden Instrumente an die zuständige Beratungsstelle für selbständiges Leben im Alter. Diese nimmt möglichst innerhalb eines - spätestens jedoch am zweiten Werktag nach Entlassung Kontakt zum Patienten / seinen Angehörigen oder gesetzlichen Vertretern auf und organisiert noch fehlende Hilfen.
- (4) Etwa zwei Wochen nach Entlassung beurteilt die Beratungsstelle erneut die Stabilität der häuslichen Versorgungssituation und gibt der/m einweisenden Klinikmitarbeitenden Rückmeldung zur Entlassplanung und Nachsorge.

Evaluation

Um die Einführung des Verfahrens und dessen Wirksamkeit bewerten zu können, wurde das Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg mit der **wissenschaftlichen Begleitforschung** beauftragt. Ziel ist es, Aussagen darüber treffen zu können, ob die eingeleiteten Hilfen angemessen organisiert werden konnten und ob diese für eine stabile häusliche Versorgung ausreichend waren. Aus diesem Grund werden die patientenbezogenen Daten aus den Kliniken und Beratungsstellen anonymisiert und mit einer Identifikationsnummer zur Auswertung an die Universität Heidelberg weiter gegeben. Die Erfassung der Daten in den Kliniken erfolgt über einen Zeitraum von 4 Wochen.

Anlagen

- Instrument „Grunddaten zur Person“
- Instrument „Entlassplanung“

² Unter Unterstützungsbedarfe fallen unterschiedlichste Unterstützungsangeboten aus den Bereichen Haushaltshilfe, Pflege, Betreuung, finanzielle Hilfen und Beratung.

©Schönemann-Gieck, 10/2017

Entlassdokumentation nach Klinikaufenthalt

Name:
(wird vor Weitergabe geschwärzt)

ID-Nr. (trägt Natascha ein)

Geburtsdatum:/...../.....

Geschlecht: m w

Entlassung aus Klinik: am:/...../.....

Überleitung mit neuem Verfahren? („Grunddaten“, „Entlassplanung sozial“) ja nein

Einschaltung der Beratungsstelle am/...../.....

durch KSD Angehörige Patienten sonstige

Anmerkungen:

Erste Kontaktaufnahme zum Klienten durch BS am:/...../..... telefonisch Hausbesuch

Einschätzung der Versorgungsstabilität nach der Entlassung: Zutreffendes bitte ankreuzen!

sehr instabil	eher instabil	(eher) stabil	sehr stabil
---------------	---------------	---------------	-------------

Anmerkungen:

Einschätzung der Versorgungssituation 14 Tage nach Entlassung (am/...../.....): Zutreffendes ankreuzen!

sehr instabil	eher instabil	(eher) stabil	sehr stabil
---------------	---------------	---------------	-------------

Waren in den letzten 2 Wochen weitere Kontakte zum Klienten notwendig?

nein
 ja, davon Hausbesuche

Bemerkung:

Kontaktaufnahme der BSe zum Hausarzt? nein ja

Grund der Kontaktaufnahme:

©Schönemann-Gieck, 10/2017

Welche Maßnahmen wurden von den BSe eingeleitet?

Soziale Hilfe	kein Bedarf	Beratung erfolgt	Maßnahme eingeleitet	Anmerkung
Pflegebegutachtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige finanzielle Hilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante Versorgung (HH, PD etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontakt- und Freizeitangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rechtliche Vorsorge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stationäre pflegerische Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gründe für Ablehnung von BSe empfohlene Maßnahmen:

Wird in den nächsten Wochen weiterer Kontakt zum Klienten notwendig sein? Zutreffendes ankreuzen!

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> wahrscheinlich	<input type="checkbox"/> eher nicht	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	---	-------------------------------------	-------------------------------

Bemerkung:

Notizen und Rückmeldungen zum Entlassmanagement an den KSD:

Was ist aus Sicht der Beratungsstelle gut gelaufen? Wo gab es Schwierigkeiten?

.....

.....

.....

.....

.....

Bitte faxen Sie - bei Überleitung mit dem neuen Verfahren „soziale Überleitung“ - dieses Dokument zur Rückmeldung an die Klinik / den Kliniksozialdienst!

☞ Rückmeldung am/...../.....

©Schönemann-Gieck, 10/2017

Entlassplanung soziale Hilfen

Durchgeführt am / / 20.....:

Durchgeführt von Arzt Pflege Sozialdienst sonstige



1. BEDARFSERMITTLUNG

2. ENTLASSPLANUNG

Soziale Hilfe	1. BEDARFSERMITTLUNG			2. ENTLASSPLANUNG		
	kein Bedarf	bereits eingeleitet	Bedarf unklar	Beratung erfolgt	Hilfe organisiert	bei Entlassung noch offen
Eilbegutachtung für Pflegegrad (aktueller Pflegegrad: _____)	<input type="checkbox"/>					
Hilfsangebote in sozialen Notlagen	<input type="checkbox"/>					
Essen auf Rädern	<input type="checkbox"/>					
Hausnotruf	<input type="checkbox"/>					
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>					
Haushilfe	<input type="checkbox"/>					
Pflegedienst	<input type="checkbox"/>					
Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/>					
24-Stunden-Betreuung	<input type="checkbox"/>					
SAPV	<input type="checkbox"/>					
Eilanträge gesetzliche Betreuung	<input type="checkbox"/>					
Sonstiges	<input type="checkbox"/>					

Einschätzung (Prognose) der Versorgungsstabilität nach der Entlassung: *zutreffende Antwort bitte ankreuzen*

<input type="checkbox"/> sehr instabil	<input type="checkbox"/> eher instabil	<input type="checkbox"/> (eher) stabil	<input type="checkbox"/> sehr stabil
--	--	--	--------------------------------------

Anmerkungen:

Entlassung am: / / 20..... direkt nach Hause nicht direkt nach Hause sondern zunächst zu

Telefonnummer, unter der Patient / Angehörige erreicht werden können:

©Schönemann-Gieck, 10/2017

Grunddaten zur Person



Geburtsdatum: / / 19 männlich weiblich

Datum der Klinikaufnahme: / / 20

Aufnahmeart: Notfall Selbsteinweisung elektive Aufnahme (Einweiser: HA FA)

Aufnahmediagnose(n):

interne Verlegung von auf Station:

Patient/-in ist auskunftsfähig: ja nein eingeschränkt wegen

Bei fehlender Auskunftsfähigkeit: (weitere) Informationen zur häuslichen Situation durch Angehörige Nachbarn/Bekannte Hausarzt sonstige:

Patient ist Sozialhilfeempfänger? ja nein keine Information vorhanden

Bezugsperson(en) / Kümmerer vorhanden? ja nein keine Information vorhanden

Wenn ja, in wie weit sind diese Personen in die Versorgung involviert?

Bestehende Anbindung an ambulante Dienste (z.B. EaR, HNR)? ja nein keine Information vorhanden

Wenn ja, inwiefern? (Dienst, Umfang der Leistungen)

Funktionseinschränkungen, die voraussichtlich die häusliche Versorgung beeinträchtigen:

funktionelle Einschränkungen: ¹	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht eindeutig
kognitive Einschränkungen: ²	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht eindeutig
Verhaltensauffälligkeiten: ³	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht eindeutig

Sonstige Beeinträchtigung mit Auswirkungen auf die poststationäre Versorgung:

Barrieren in der Wohnumwelt (Treppen etc.): ja nein keine Informationen vorhanden

Zu pflegender Angehöriger/Haustier(e) vorhanden: ja nein keine Informationen vorhanden

Sonstige Versorgungsprobleme:

¹ Gemeint sind z.B. Einschränkungen der Mobilität, Beweglichkeit, Kontinenz
² z.B. Orientierungsstörungen, Gedächtnisstörungen, gestörtes Planung von Handlungsabläufen etc.
³ z.B. depressive Verstimmung, Apathie, Aggressivität, Hin-/Weglaufendenzen, Aggressivität etc.

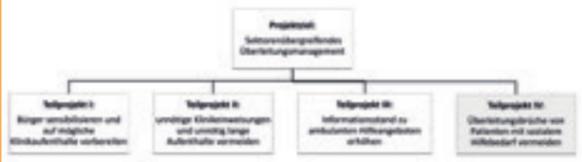
Hintergrund

Die Zunahme älterer Patienten führt neben medizinischen Bedarfen auch zunehmend zu sozialen und psychischen Problemlagen in Krankenhäusern (Augurzky et al. 2017; Schönemann-Gieck 2017; SVR-G 2018). Diese Entwicklung und die fortschreitende Abnahme der Verweildauer stellt u.a. eine Herausforderung für das Entlassmanagement der Patienten dar – insbesondere dann, wenn eine Überleitung in eine Privatwohnung ansteht. Sowohl die Klinikakteure (HMSI 2014) als auch die Betroffenen selbst (Stahl & Nadj-Kietler 2013) nehmen gravierende Versorgungsprobleme wahr. Seit Jahren steigt der Anteil von Menschen, die direkt im Anschluss an einen Klinikaufenthalt in eine stationäre Pflegeeinrichtung übersiedeln.

Dieses Geschehen steht den Grundsätzen der kommunalen Altenarbeit „ambulant vor stationär“ und „Rehabilitation vor Pflege“ entgegen (§§13, 14 SGB XII). Auch ist anzunehmen, dass unter den aktuellen Bedingungen im Entlassmanagement der Nachrang der Sozialhilfe (§2 SGB XII) nicht immer gewahrt werden kann. Aus diesem Grund engagiert sich die Kommune bereits seit vielen Jahre an der Schnittstelle.

Projekt

Vor diesem Hintergrund initiierte die Kommune Wiesbaden das Projekt „Schnittstellen-Management bei Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung“. Es wird von Mai 2016 bis Dezember 2018 vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration als regionales Gesundheitsnetz gefördert. Träger ist das Amt für Soziale Arbeit Wiesbaden. Die wissenschaftliche Begleitung obliegt dem Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg. Als Arbeitsplattform wurde ein Nachsorgezirkel mit Vertretern der drei Akutkliniken Wiesbadens und Akteuren des nachsorgenden Systems (insb. den kommunalen Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter) aufgebaut. Hier wurde eine Kooperationsvereinbarung verabschiedet, Projektziele definiert und entsprechende Maßnahmen entwickelt.

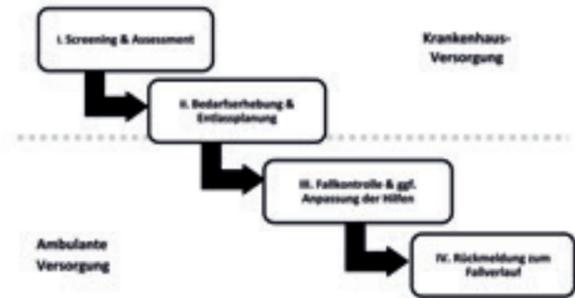


Ziel des Verfahrens ist die Entwicklung, Implementierung und Evaluation eines Sektor übergreifenden Überleitungsmanagement für ältere Menschen mit Unterstützungsbedarfen aus dem sozialen Bereich. Folgende Einschlusskriterien wurden festgelegt:

- Patienten ab 60 Jahren, die nach Hause entlassen werden sollen und mindestens einen der drei folgenden Unterstützungsbedarfe aufweisen:
1. Fehlen einer handlungsfähigen und handlungsbereiten Bezugsperson (Kümmerer) z.B. keine verfügbaren Angehörigen, Nachbarn oder andere Bezugspersonen, keine Anbindung an professionelle Dienste
 2. Erkrankung mit daraus folgender Beeinträchtigung der Versorgung z.B. hauswirtschaftlicher oder pflegerischer Bedarf, Hilfsmittelbedarf
 3. unklare häusliche Versorgungssituation z. B. Barrieren im häuslichen Umfeld, Hinweise auf Verwahrlosung, finanzieller Unterstützungsbedarf

Intervention: soziale Überleitung

Dem Idealtyp einer Intervention (Rosenbrock, 1995) folgend, umfasst das Verfahren zur sozialen Überleitung vier Verfahrensschritte. An ihnen orientieren sich auch die Messzeitpunkte der Evaluation.

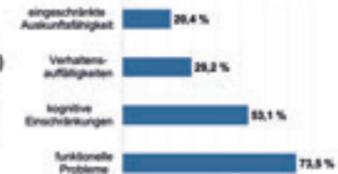


Die Implementierung erfolgte bis November 2017. Dann startete das Verfahren probeweise in ausgewählten Stationen aller drei Akutkliniken Wiesbadens.

Ergebnisse

Bis Juni 2018 konnten 50 Klinikdaten und 35 Nachsorgegedaten gewonnen werden. 10 Verfahren wurden komplett durchgeführt.

Die Patienten mit sozialem Überleitungsbedarf sind im Schnitt 81 Jahre (± 8,1; 61-96) und überwiegend weiblich (71%). 80% der Aufnahmen waren Notfälle, 20% elektiv erfolgt. 90% haben einen „Kümmerer“.



Die Einschaltung der Beratungsstellen erfolgt überwiegend durch den Kliniksozialdienst (71%) – teilweise auch durch Angehörige oder den Patienten selbst. Bei fast zwei Dritteln der Patienten (59%) schlossen sich nach dem Erstkontakt noch weitere Telefonate oder Hausbesuche an. In jedem dritten Fall (32%) wurde die Versorgungsstabilität auch nach zwei Wochen als (eher) instabil eingeschätzt. Nur bei jedem zehnten Fall konnte die Nachsorge innerhalb von 14 Tagen nach Entlassung abgeschlossen werden.

Fazit

- Entlassmanagement wird bislang überwiegend als Aufgabe der Kliniken und der Medizin begriffen (§ 39 Abs. 1a SGB V).
- Ältere, multimorbide Patienten weisen neben medizinisch-pflegerischen häufig auch soziale Bedarfe auf. Diese gilt es in der Nachsorgeplanung zu berücksichtigen.
- Eine stabile poststationäre Versorgung kann nur in Kooperation mit ambulanten Versorgern gelingen (vgl. „Staffelmodell“ SVR-G 2018).
- Kommunal initiierte Vernetzung ermöglicht vertrauensvolle transsektorale Kooperationen und eröffnet der Kommune Steuerungsmöglichkeiten im Sinne des SGB XII (vgl. Knaup 2018).

**Kooperationsvereinbarung zur Umsetzung des Projektes
„Schnittstellen-Management bei Krankenhaus-Aufnahme und
-Entlassung“**

Zwischen

Landeshauptstadt Wiesbaden, Amt für Soziale Arbeit, die Abteilung Altenarbeit, Konradinallee 11, 65189 Wiesbaden, vertreten durch Herrn Johannes Weber,

und

Landeshauptstadt Wiesbaden, Berufsfeuerwehr Rettungsdienst, Medizinische Gefahrenabwehr Kurt-Schumacher-Ring 16, 65197 Wiesbaden vertreten durch Herrn Norbert Hagner,

wird nachstehende Vereinbarung getroffen:

Präambel

Menschen, die nicht in ein Krankenhaus kommen.

Ziel des Verfahrens ist das Erkennen von häuslicher Unterversorgung und die Vermeidung unnötiger Krankenhaus-Aufnahmen aus sozialer Indikation. Dies gilt für Personen mit ausschließlichem Unterstützungsbedarf aus dem sozialen Bereich. Bei Rettungsdiensteinsätzen, bei denen die Krankenhauseinweisung auf eine soziale Unterversorgung beruht, oder diese begleitend festgestellt wird, hat der Rettungsdienst die Möglichkeit die „Beratungsstelle für selbständiges Leben“ einzuschalten. Die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter, angesiedelt im Amt für Soziale Arbeit sind zuständig für Menschen ab 60 Jahre. Sie zeigen Unterstützungsmöglichkeiten zur Erhaltung einer selbständigen Lebensführung auf und stellen die Versorgung, insbesondere bei Hilfs- und Pflegebedürftigkeit sicher.

Rechtsgrundlage

Die Rechtsgrundlage für die Übermittlung von Daten des Rettungsdienstes an die Abteilung Altenarbeit, Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter ist im Hessischen Rettungsdienstgesetz (HRDG) §17 Abs. 1 S.1 geregelt:

(1) Abweichend von den Vorschriften des Hessischen Datenschutzgesetzes dürfen die Zentralen Leitstellen zu den in § 6 Abs. 2 dieses Gesetzes genannten Zwecken erhobene oder gespeicherte personenbezogene Daten grundsätzlich nur für diese Zwecke weiterverarbeiten. Zu anderen Zwecken dürfen die Daten nur weiterverarbeitet werden, soweit dies erforderlich ist

1. zur weiteren Versorgung der rettungsdienstlich versorgten Person,
2. ...



Verfahren

1. Die jeweilige Rettungsdienstbesatzung informiert die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter über Patientinnen und Patienten mit Unterstützungsbedarf aus dem sozialen Sektor. Dies gilt auch bei Einweisung in ein Krankenhaus. Die entsprechenden Daten über die Person werden per E-Mail an die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter übermittelt. Das E-Mail Postfach lautet: Beratung-im-alter@wiesbaden.de Die E-Mail wird spätestens am nächsten Werktag an die zuständige Mitarbeiterin/den zuständigen Mitarbeiter weitergeleitet. Die Berufsfeuerwehr, als Rettungsdienstträger erhält ebenfalls diese Mail an folgende E-Mail Adresse in cc: 37.rettungsdienst@wiesbaden.de
2. Für die Überleitung ist ein Formular zu verwenden. Das Instrument für die Überleitung der Personen mit Unterstützungsbedarf aus dem sozialen Bereich ist beigefügt.
3. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter nehmen Kontakt zur Person und/oder deren Angehörige auf und stellen die Versorgung sicher. Dafür leiten sie notwendige Unterstützungsmöglichkeiten ein.
4. Die Überleitung tritt bei folgenden Kriterien ein:
 - Häusliche Unterversorgung
 - Zustand der Wohnung; dazu gehören Hinweise auf Verwahrlosung, aber auch vorhandene Barrieren
 - häufiges Alleinsein mit Hinweise auf Beeinträchtigungen der Versorgungssituation
 - Unterversorgung eines Pflegebedürftigen bei Verhinderung der Pflegeperson
 - Krankheitsbild Demenz mit Hilfebedarf
 - Überforderung der Angehörigen
 - Psychische Erkrankung mit Auswirkungen auf die Selbstversorgung
5. Die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter geben der Rettungsdienstbesatzung eine Rückmeldung zur Versorgungssituation der Person. Die Rückmeldung erfolgt per E-Mail an den Leistungserbringer sowie an den Rettungsdienstträger (37.rettungsdienst@wiesbaden.de).

Diese Vereinbarung ist während der Projektlaufzeit gültig.

Dieser Vereinbarung stimmen wir zu und bestätigen als Kooperationspartner deren Umsetzung.

Landeshauptstadt Wiesbaden	Landeshauptstadt Wiesbaden
Amt für Soziale Arbeit	Feuerwehr
Wiesbaden, den	Wiesbaden, den
Johannes Weber	Johannes Mumbauer
Abteilungsleitung Altenarbeit	Abteilungsleitung Einsatzdienst

Anlage
Instrument zur Überleitung



Info-Mail vom Rettungsdienst

an die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter:

beratung-im-alter@wiesbaden.de

Patient/-in

Name: Geb.datum:

Straße/Nr.: Telefon:

PLZ/Ort:

Hilfsorganisation: Hilfsorganisation auswählen

Einsatznummer:

Einsatzdatum:

Krankenhaus:

Kriterien zur Überleitung für einen Unterstützungsbedarf aus dem sozialen Bereich sind:

- Häusliche Unterversorgung
- Zustand der Wohnung; dazu gehören Hinweise auf Verwahrlosung, aber auch vorhandene Barrieren
- häufiges Alleinsein mit Hinweise auf Beeinträchtigungen der Versorgungssituation
- Unterversorgung eines Pflegebedürftigen bei Verhinderung der Pflegeperson
- Krankheitsbild Demenz mit Hilfebedarf
- Überforderung der Angehörigen
- Psychische Erkrankung mit Auswirkungen auf die Selbstversorgung

Sonstiges:

Die E-Mail Adressen für die Rückmeldung sind: wachleitung.wiesbaden@drk-rmt.de, rettung.wi@asb-westhessen.de, rdl.wiesbaden@johanniter.de, Frank.Zimmermann@malteser.org, info@ambulance-wiesbaden.com, 37.Rettungsdienst@wiesbaden.de, 37.einsatzplanung@wiesbaden.de

„Hilfe, ich habe Hunger“

Damit Senioren den richtigen Beistand erhalten, haben Rettungsdienst und Beratungsstelle ein Verfahren entwickelt

Von Eva Bender

WIESBADEN. Wie der Rettungsdienst einem Menschen helfen kann, weiß er in den meisten Fällen ganz genau. Beispielsweise, wenn jemand einen Schlaganfall erlitten oder sich bei einem Sturz verletzt hat. Was aber, wenn der Rettungsdienst zu einem Senior gerufen wird, bei dem es nicht, oder nicht nur um ein medizinisches Problem geht? Wenn jemand die 112 wählt, weil er sich alleine nicht mehr versorgen kann, seine Gehstöße sucht oder schlicht Hunger hat? Immer häufiger erleben Rettungskräfte solche Einsätze bei hochbetagten Wiesbadenern, berichtet Norbert Hagner, Sachgebietsleiter Rettungsdienst bei der Berufsfeuerwehr Wiesbaden. Viele von ihnen leben alleine und sind im Alltag überfordert. „Konnten Nachbarn und Angehörige nicht helfen, blieb uns oft nur, sie in ein Krankenhaus zu bringen.“



70 Fälle in neun Monaten

Die Folge: In den Wiesbadener Akutkrankenhäusern werden unnötigerweise Betten belegt und die älteren Menschen erleben einen Klinikaufenthalt, der eigentlich gar nicht nötig wäre. Um dieses Dilemma zu lösen, haben die Wiesbadener Beratungsstellen für selbstständiges Leben im Alter und der Rettungsdienst ein gemeinsames Verfahren entwickelt, das seit diesem März in Wiesbaden erprobt wird. Es ist Teil eines vom Land Hessen mitfinanzierten Projektes „Schnittstellen-Management“, das die Aufnahme in die und die Entlassung aus den Kliniken für alte und hilfsbedürftige Patienten verbessern soll.

Vor neun Monaten hat der Rettungsdienst damit begonnen, besondere Notlagen, die er bei seinen Einsätzen feststellt, per E-Mail an die Beratungsstellen zu melden. Dafür



nutzen die Mitarbeiter ein spezielles Formular, das die Daten des Patienten sowie Informationen zum Einsatz und zum Unterstützungsbedarf beinhaltet. Dort können die Retter zum Beispiel angeben, ob sie der Zustand der Wohnung unruhig hat oder der Mensch unversorgt zu sein scheint. Seit März wurde dieses Formular 70 Mal ausgefüllt und verschickt. Der Rettungsdienst meldete vor allem vermüllte Wohnungen sowie einsame und schlecht versorgte Menschen (siehe Grafik). „In allen

„Ich finde meine Gehstöcke nicht“ – auch solche Anrufe erhält der Wiesbadener Rettungsdienst von Senioren. In solchen Fällen übernehmen nun die Beratungsstellen für selbstständiges Leben im Alter die Betreuung. Foto: dpa

besuchte eine Mitarbeiterin der Beratungsstelle die Dame. Sie erhielt einen Pflegedienst und regelmäßige Mittagessen. „Monate später stimmte sie zu, einen Teil ihrer Wohnung entrümpeln zu lassen“, sagt Groß. „Dafür mussten wir aber konsequent am Ball bleiben.“

Verfahren auch auf die Notaufnahmen ausweiten?

Damit die Rettungsdienstbesatzung den Erfolg ihrer Maßnahme verfolgen kann, wird sie über den weiteren Verlauf informiert. „Das ist wichtig“, sagt Hagner. „Denn viele Kollegen haben sehr an solchen Einsätzen zu knabbern.“ Der Erfolg der Zusammenarbeit sei jetzt schon zu erkennen: So sei ein Drittel der gemeldeten Fälle zu Hause geblieben, weil nur eine soziale Problematik vorlag. „Ohne das neue Verfahren hätten wir die meisten dieser Patienten wohl in ein Krankenhaus gebracht.“ Für

das kommende Jahr hofft er, dass noch mehr Kollegen das Formular nutzen und die Zahl der Meldungen weiter steigen wird.

Gerne würde Hagner das Verfahren auch auf die Notaufnahmen der Kliniken ausweiten, um die Patienten zu erreichen, die dort ambulant behandelt werden. „Auch dort besteht ein Bedarf. Fälle, die das Personal so eigentlich nicht heimschicken möchte.“

Auch wenn das Projekt „Schnittstellen-Management“ plangemäß zum Jahresende ausläuft, das Amt für Soziale Arbeit will die geplanten Maßnahmen weiter umsetzen. So sollen auch mit Netzplätzchen und einem Pflegenotruf unnötige Klinikaufenthalte verhindert werden. Außerdem arbeite man daran, die Mitarbeiter in den Kliniken für solche Bedarfe und die Hilfsmöglichkeiten zu sensibilisieren, so Groß. Noch zu selten werden solche Fälle an den Sozialdienst gemeldet.

Nachsorgemöglichkeiten für Menschen mit sozialem Unterstützungsbedarf

Amt für Soziale Arbeit Wiesbaden

LANDESHAUPTSTADT
WIESBADEN
Amt für Soziale Arbeit
Altenarbeit

Forum Demenz

GeReNet.Wi

www.wiesbaden.de

Stationsleitungsbesprechung

Gliederung

1. Einführung
2. Die Netzwerke GeReNet.Wi und Forum Demenz
3. Projekt „Schnittstellen-Management bei Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung“
4. Kooperationen und Instrumente
5. Leistungsspektrum des nachsorgenden Systems

LANDESHAUPTSTADT
WIESBADEN
Amt für Soziale Arbeit
Altenarbeit

Forum Demenz

GeReNet.Wi

www.wiesbaden.de

Stationsleitungsbesprechung

Einführung (1)

7,3 Tage
(www.destats.de)

- Durch die zunehmende verkürzte Verweildauer rückt die Entlassung immer mehr in den Vordergrund.
- Kliniken sehen sich aufgrund einer immer älter und multimorbider werdenden Gesellschaft zunehmend mit dem Nachsorgebedarf dieser Patienten konfrontiert.



Stationsleitungsbesprechung

www.wiesbaden.de

Die Netzwerke GeReNet.Wi und Forum Demenz

- Die beiden Netzwerke sind das GeReNet.Wi und das Forum Demenz.




Stationsleitungsbesprechung

www.wiesbaden.de

Einführung (2)

- Um Versorgungslücken und den sogenannten „Drehtüreffekt“ zu vermeiden, initiiert das Amt für Soziale Arbeit der Abteilung Altenarbeit seit vielen Jahren Netzwerkarbeit zwischen Altenhilfe und Gesundheitswesen
- Die Zielgruppe sind ältere, zu Hause lebende Menschen mit vielfältigem Hilfebedarf.



Stationsleitungsbesprechung

www.wiesbaden.de

Die Netzwerke GeReNet.Wi und Forum Demenz

- Kooperationsplattformen für Wiesbadener Dienste, Einrichtungen, Institutionen und Praxen, die sich für ältere Menschen engagieren.
- Forum Demenz: Informiert, berät und entwickelt gemeinsam mit Partnern Angebote für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen.
- GeReNet.Wi: Ein Schwerpunkt bildet die abgestimmte Überleitung aus dem Krankenhaus in den Nachsorgebereich.

Stationsleitungsbesprechung

www.wiesbaden.de

Projekt „Schnittstellen-Management bei Krankenhaus-Aufnahme und –Entlassung“

- Seit 2016 neues Projekt: „Schnittstellen-Management bei Krankenhaus-Aufnahme und –Entlassung“
- Es wird vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration gefördert.
- Schwerpunkte: Verfahren soziale Überleitung, Verfahren Rettungsdienst

LANDESHAUPTSTADT
WIESBADEN
Amt für Soziale Arbeit
Altenarbeit

HESSEN
Hessisches Ministerium
für Soziales und Integration

Forum Demenz

GeReNet.Wi

www.wiesbaden.de

Stationsleitungsbesprechung

Kooperationen & Instrumente

Das Info Fax erleichtert die Kommunikation.

Info-Fax zur Planung der Kinderbetreuung und Überleitung
für die Beratungsstelle (Herrn/Madamen/Frauen)

Das Info-Fax erleichtert die Kommunikation.

LANDESHAUPTSTADT
WIESBADEN
Amt für Soziale Arbeit
Altenarbeit

Forum Demenz

GeReNet.Wi

www.wiesbaden.de

Stationsleitungsbesprechung

Verfahren soziale Überleitung

1. Identifikation der Patienten mit Nachsorgebedarf auf der Station
2. Bedarfs- und Entlassplanung durch den Sozialdienst
3. Überleitung an die Beratungsstellen
4. Rückmeldung der Beratungsstellen an die Klinik

Ergebnis des Verfahrens:
Der Schritt von Station zum Krankenhaussozialdienst ist nicht einfach umzusetzen.

LANDESHAUPTSTADT
WIESBADEN
Amt für Soziale Arbeit
Altenarbeit

Forum Demenz

GeReNet.Wi

www.wiesbaden.de

Stationsleitungsbesprechung

Notfall-Karte

Bitte immer zusammen mit der Karte Ihrer Krankenkasse mitführen und im Notfall vorlegen.

Die Wiesbadener Notfall-Karte dient insbesondere dem Klinikpersonal bei der Erstellung einer Sozialanamnese.

LANDESHAUPTSTADT
WIESBADEN
Amt für Soziale Arbeit
Altenarbeit

Forum Demenz

GeReNet.Wi

www.wiesbaden.de

Stationsleitungsbesprechung

Die Info-Mail dient dem Rettungsdienst, um auf Unterstützungsbedarfe aus dem sozialen Bereich aufmerksam zu machen. Die Kooperation bezieht sich auf die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter und den Pflegestützpunkt Wiesbaden.



LANDESHAUPTSTADT
WIESBADEN
Amt für Soziale Arbeit
Altenarbeit

Forum Demenz

GeReNet.Wi

www.wiesbaden.de

Stationsleitungsbesprechung

Beispiel: Zustand der Wohnung



LANDESHAUPTSTADT
WIESBADEN
Amt für Soziale Arbeit
Altenarbeit

Forum Demenz

GeReNet.Wi

www.wiesbaden.de

Stationsleitungsbesprechung

Verfahren Rettungsdienst



Ziel:
Soziale Bedarfe sind frühzeitig erkannt.
Ggf. sind unnötige Krankenhaus-Aufnahmen vermieden.

Vorgehen:
Der Rettungsdienst schaltet bei bestimmten Kriterien die Beratungsstellen ein.
Die Beratungsstellen leiten notwendige Hilfen ein oder informieren den Krankenhaussozialdienst.

LANDESHAUPTSTADT
WIESBADEN
Amt für Soziale Arbeit
Altenarbeit

Forum Demenz

GeReNet.Wi

www.wiesbaden.de

Stationsleitungsbesprechung

Krankenhaus – was nun?



Checkliste für die Entlassung

Am Tag der Entlassung

Nach der Entlassung

Bei weiteren Fragen nehmen Sie bitte Kontakt zu den Beratungsteams für selbständiges Leben im Alter...

LANDESHAUPTSTADT
WIESBADEN
Amt für Soziale Arbeit
Altenarbeit

Forum Demenz

GeReNet.Wi

www.wiesbaden.de

Stationsleitungsbesprechung

Die Checkliste für die Entlassung aus dem Krankenhaus bietet dem Patienten eine Orientierung und Gedankenstütze.

LANDESHAUPTSTADT
WIESBADEN
Amt für Soziale Arbeit
Altenarbeit

Forum Demenz
GeReNet.Wi

www.wiesbaden.de

Leistungsspektrum des nachsorgenden Systems

- Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter
- Beratungsstelle für barrierefreies Wohnen (Musterausstellung)
- Pflegestützpunkt
- Rund 60 Pflegedienste
- Rund 30 stationäre Pflegeeinrichtungen

Stationsleitungsbesprechung

LANDESHAUPTSTADT

Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung
Was muss ich wissen?



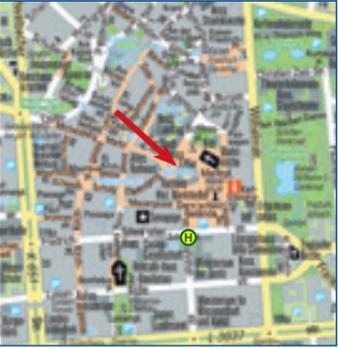
Bürgerveranstaltung
20. Januar 2018
10:00 – 15:00 Uhr
Wiesbadener Rathaus
Schlossplatz 6, Wiesbaden

Mit Unterstützung von:



www.wiesbaden.de

Veranstaltungsort:
Wiesbadener Rathaus
Stadtverordnetenversammlungssaal (1. OG)
Schlossplatz 6 | 65183 Wiesbaden



Sie erreichen das Wiesbadener Rathaus mit den Buslinien: 4, 5, 14, 15, 17, 18, 23, 24 und 27
Haltestelle Dern'sches Gelände, Rathaus/Schlossplatz

Für die Anreise mit dem PKW steht das Parkhaus Markt (Dern'sches Gelände) auf eigene Kosten zur Verfügung.

Veranstalter:
Hessisches Gesundheitsministerium und
Amt für Soziale Arbeit
Geschäftsstelle GeReNet.Wi-Forum Demenz
Projekt „Schnittstellen-Management bei
Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung“
Konradinallee 11 | 65189 Wiesbaden
Telefon: 0611 31-7594

Weitere Informationen erhalten Sie unter
www.wiesbaden.de Stichwort: GeReNet.Wi.

Die Veranstaltung ist kostenlos.



Barrierefreier Zugang



Behindertengerechtes WC vorhanden



Hilfsmittel für Hörgeschädigte vorhanden

Impressum:
Herausgeber: GeReNet.Wi, Konradinallee 11, 65189 Wiesbaden
Gestaltung: Wiesbaden Marketing GmbH | Foto: Gettyimages_Plus_didesign021 |
Druck: Druck-Center der Landeshauptstadt Wiesbaden
Auflage: 2.000, Stand: November 2017

LANDESHAUPTSTADT
WIESBADEN
Amt für Soziale Arbeit
Altenarbeit

Forum Demenz
GeReNet.Wi

www.wiesbaden.de

Ihre Möglichkeiten im Überblick

- 1. Ansprechpartner – Sozialdienst
- Notfall-Karte vorhanden?
- Servicenummer der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter: 0611/31-3487
- Mail-Adresse: beratung-im-alter@wiesbaden.de
- www.wiesbaden.de

Stationsleitungsbesprechung

Liebe Bürgerinnen und Bürger,

sowohl eine akute Erkrankung als auch Mehrfacherkrankungen im zunehmenden Alter machen häufig eine Behandlung im Krankenhaus notwendig. Nicht selten sind die Betroffenen nach dem Krankenhaus-Aufenthalt in ihrer häuslichen Versorgung eingeschränkt. Dies stellt Betroffene und deren Angehörige vor große Herausforderungen. Es stellen sich Fragen, wie zum Beispiel welche ambulanten Hilfen zur Verfügung stehen oder welche Möglichkeiten bestehen, wenn zunächst eine Rückkehr ins häusliche Umfeld nicht möglich ist.

Auf der Bürgerveranstaltung „Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung - Was muss ich wissen?“ werden Hilfs- und Entlastungsmöglichkeiten dargestellt. Wir möchten Sie rund um die Vorbereitung auf einen Krankenhaus-Aufenthalt bis hin zur Nachsorge informieren.

Im Namen des Hessischen Gesundheitsministeriums und der Landeshauptstadt Wiesbaden, Amt für Soziale Arbeit, sind Sie herzlich eingeladen sich mit Experten auszutauschen und sich Antworten auf Ihre Fragen geben zu lassen.

Wir freuen uns auf Ihr Kommen.



Christoph Manjura
Stadtrat



Stefan Grüttner
Hessischer Gesundheitsminister

Programm

10:00 Uhr Eröffnung und Grußworte
Christoph Manjura, Stadtrat der Landeshauptstadt Wiesbaden
Dr. Wolfgang Dippel, Staatssekretär im Hessischen Gesundheitsministerium

10:30 Uhr
„Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung“
Was hat das Amt für Soziale Arbeit damit zu tun?
Johannes Weber, Amt für Soziale Arbeit, Abt. Altenarbeit

11:00 Uhr
Wann muss ich in die Notaufnahme, wann ist der ärztliche Bereitschaftsdienst zuständig und wann rufe ich den Rettungsdienst?
Christian Sommerbrodt, niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin Wiesbaden

11:25 Uhr
Wie kann ich mich aufs Krankenhaus vorbereiten?
Katharina Obendoth, Amt für Soziale Arbeit, Abt. Altenarbeit, GeReNet.Wi-Forum Demenz

11:50 Uhr
Wie funktioniert Krankenhaussozialdienst?
Susanne Specht, HELIOS Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden

12:15 Uhr
Gesetzliche Neuregelungen der Krankenhaus-Entlassung – Das muss ich wissen.
Arne Evers, St. Josefs-Hospital Wiesbaden

Ca. 12:40 Uhr Pause

13:10 Uhr
Wie geht's nach dem Krankenhaus weiter? Hilfsmöglichkeiten im Überblick
Ursula Langer, Amt für Soziale Arbeit, Abt. Altenarbeit, Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter

13:35 Uhr
Finanzielle Hilfen bei Pflegebedürftigkeit – Leistungen der Pflegeversicherung
Jörg Bracke, Pflegestützpunkt Wiesbaden

14:00 Uhr
Möglichkeiten der Geriatrie und Rehabilitation
PD Dr. Philipp Bahrmann, Chefarzt Innere Medizin und Geriatrie, Asklepios Paulinen Klinik Wiesbaden

14:25 Uhr
Sie entscheiden, wer entscheidet – Möglichkeiten der rechtlichen Vorsorge
Daniela Schädler, Betreuungsbehörde Wiesbaden

14:50 Uhr
Abschließende Sätze und Verabschiedung

Moderation:
Holger Koch, Sozialtherapeutische Beratungsstelle / Betreuungsverein e.V. Mainz



Informationen rund um den Krankenhaus-Aufenthalt

GESUNDHEIT Veranstaltung im Rathaus zu Aufnahme, Entlassung, Hilfsmöglichkeiten und Vorsorge

WIESBADEN (red). Wie kann ich mich gut auf einen Krankenhausaufenthalt vorbereiten? Welche ambulanten Hilfen stehen mir nach der Entlassung zur Verfügung? Und: Welche Möglichkeiten gibt es, wenn zunächst eine Rückkehr ins häusliche Umfeld nicht möglich ist? Um diese und weitere Fragen dreht sich eine Bürgerveranstaltung, die am Samstag, 20. Januar, 10 bis 15 Uhr, im Stadtverordnetenversammlungssaal des Rathauses stattfindet.

Das Wiesbadener Amt für Soziale Arbeit und das Hessische

Gesundheitsministerium laden gemeinsam dazu ein. Die drei Wiesbadener Akutkliniken, die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, die Abteilung Altenarbeit im Amt für Soziale Arbeit, die Betreuungsbehörde und der Pflegestützpunkt sind daran beteiligt. Die Besucher erwarten Informationsstände und diverse Kurzvorträge rund um das Thema „Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung – Was muss ich wissen?“. Die Teilnahme an der Veranstaltung ist kostenlos. Eine Anmeldung ist nicht erforderlich.

PROGRAMM DER VERANSTALTUNG

► **10 Uhr:** Grußworte von Wiesbadens Sozialdezernent Christoph Manjura und Wolfgang Dippel, Staatssekretär im Hessischen Gesundheitsministerium.

► **10.30 Uhr:** „Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung – Was hat das Amt für Soziale Arbeit damit zu tun?“, Johannes Weber vom Amt für Soziale Arbeit.

► **11 Uhr:** „Wann muss ich in die Notaufnahme, wann ist der ärztliche Bereitschaftsdienst zuständig und wann rufe ich den Rettungsdienst?“, Hausarzt Christian Sommerbrodt.

► **11.25 Uhr:** „Wie kann ich mich aufs Krankenhaus vorbereiten?“, Katharina Oßendoth, Amt für Soziale Arbeit.

► **11.50 Uhr:** „Wie funktioniert Krankenhaussozialdienst?“, Susanne Specht, Helios-Dr.-Horst-Schmidt-Kliniken.

► **12.15 Uhr:** „Gesetzliche Neure-

gelungen der Krankenhauserentlassung – das muss ich wissen“, Arne Evers, St.-Josefs-Hospital.

► **13.10 Uhr:** „Wie geht’s nach dem Krankenhaus weiter? Hilfsmöglichkeiten im Überblick“, Ursula Langer, Amt für Soziale Arbeit.

► **13.35 Uhr:** „Finanzielle Hilfen bei Pflegebedürftigkeit – Leistungen der Pflegeversicherung“, Jörg Bracke, Pflegestützpunkt Wiesbaden.

► **14 Uhr:** „Möglichkeiten der Geriatrie und Rehabilitation“, Dr. Philipp Bahrmann, Asklepios-Paulinenklinik.

► **14.25 Uhr:** „Sie entscheiden, wer entscheidet – Möglichkeiten der rechtlichen Vorsorge“, Daniela Schädler, Betreuungsbehörde Wiesbaden.

Moderation: Holger Koch, Sozialtherapeutische Beratungsstelle/Betreuungsverein Mainz.

Unterstützung für die Zeit daheim

SENIOREN Vor und nach dem Krankenhausaufenthalt

Von Angelika Eder

WIESBADEN. „Meine Frau und ich haben keine weiteren Angehörigen, sind also auf uns allein gestellt und in einem Alter, in dem ein Krankenhausaufenthalt durchaus denkbar ist. Dann muss man informiert sein.“ So erklärte ein Senior seinen Besuch der Bürgerveranstaltung „Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung“, zu der das Amt für Soziale Arbeit Wiesbaden, und das Hessische Gesundheitsministerium ins Rathaus eingeladen hatten. Dank der Beteiligung der drei Akutkliniken, der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, der Sozialamtsabteilung „Altenarbeit“ unter Leitung von Johannes Weber, der Betreuungsbehörde sowie des Pflegestützpunktes war für eine Rundum-Versorgung mit Informationen und Unterlagen gesorgt. Und genau das ist laut Weber „eine Grundvoraussetzung für selbstständiges Leben im Alter“.

Medizinische und soziale Fakten dokumentieren

Von besonderer Bedeutung sei überdies die Unterstützung älterer Patienten für die Zeit nach der Entlassung. So müssten schon bei der Aufnahme medizinische und soziale Fakten dokumentiert und an die Beratungsstellen weitergeleitet werden. Letztere sind als sozialer Dienst der Stadt Ansprechpartner für alle Wiesbadener ab 60 Jahren und deren Angehörige und helfen kostenlos und trägerneutral. Damit sie für einen Krankenhauspatienten möglichst rasch tätig werden können, müssen sie von der Station erfahren, sagt Weber, „ob der Senior daheim einen Kümmerer hat und welche Hilfen er benötigt.“ Ein entsprechendes Screening auf der Station zeigt laut Weber seit November 2017, dass es die Schnittstelle zwischen stationärer und ambulanter Versorgung verbessern kann.

Versorgungslücken infolge mangelnder oder unkoordinierter Anschlussbehandlungen soll auch der seit 1. Oktober 2017 verbindliche Rahmenvertrag „Entlassmanagement“ schließen. Die gesetzlichen Neuregelungen er-

läuterte Arne Evers von der Pflegedienstleitung des St.-Josefs-Hospitals vor den zahlreichen Zuhörern. Im Rahmen des – nur für gesetzlich Krankenversicherte geltenden – Entlassmanagements, das übrigens der Zustimmung des Patienten bedarf, müssen Krankenhäuser – nicht Rehakliniken! – einen „Entlassplan“ erstellen. Darin ist festzuhalten,



„Mit dem GeReNet hat Wiesbaden schon seit Jahren für vorbildhafte Strukturen für eine Sektoren übergreifende Versorgung von älteren Menschen gesorgt.“

Staatssekretär Dr. Wolfgang Dippel vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration

ob überhaupt beziehungsweise welcher individuelle Versorgungsbedarf nach dem Krankenhausaufenthalt besteht und welche Maßnahmen etwa bezüglich häuslicher Krankenpflege, Haushaltshilfe oder Hilfsmittelversorgung eingeleitet wurden. Die Regelung, diesen Entlassplan dem Patienten nicht mit allen anderen Dokumenten am Tag der Entlassung auszuhändigen, fand Evers ebenso wenig nachvollziehbar wie die „Kann-Verordnungen“ der Krankenhäuser: Letztere können, müssen aber nicht Medikamente, Verbands-, Heil- und Hilfsmittel für maximal sieben Tage verordnen, um dem Patienten am nächsten Werktag nach der Entlassung den früher obligatorischen Hausarztbesuch zu ersparen. Doch trotz nach wie vor erforderlicher Nachbesserungen auf diesem Gebiet ist besonders für die hiesigen Senioren dank des Wiesbadener Netzwerks für geriatrische Rehabilitation (GeReNet) gut gesorgt, sagt Staatssekretär Dr. Wolfgang Dippel vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration: „Mit dem GeReNet hat Wiesbaden schon seit Jahren für vorbildhafte Strukturen für eine Sektoren übergreifende Versorgung von älteren Menschen gesorgt.“

Checklisten und Notfallkarten

WIESBADEN (red). Weitere Informationen und Materialien zum Thema der kürzlichen Bürgerveranstaltung zum Thema „Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung – Was muss ich wissen?“ im Rathaus (wir berichteten) kann man per E-Mail an beratung-im-alter@wiesbaden.de erhalten oder am Servicetelefon unter der Rufnummer 0611-31 34 87 bestellen. So kann man beispielsweise Checklisten und Notfall-Karten bekommen, die einem nützlich sein können, wenn man ins Krankenhaus muss, oder ein Notfall eingetreten ist.

Die Sprechzeiten sind montags und mittwochs von 8 Uhr bis 16 Uhr, so wie dienstags, donnerstags und freitags zwischen 8 Uhr und 12 Uhr.

Schnittstellen-Management bei Krankenhausaufnahme und -entlassung

Ende November zogen GeReNet.Wi und Forum Demenz Wiesbaden Bilanz zum auslaufenden Projekt „Schnittstellen-Management bei Krankenhausaufnahme und -entlassung“. In dem Projekt ging es darum, die Abstimmung zwischen den Beratungsstellen für selbständiges Leben, Ärzten, einem Rettungsdienst und den Sozialdiensten der Krankenhäuser zu fördern und damit die soziale Betreuung zu verbessern.

Soziale Problemlagen im Krankenhaus frühzeitig aufzugreifen und an entsprechende Einrichtungen zur sozialen Nachsorge wie die städtischen Beratungsstellen weiter zu vermitteln war das Ziel des Projektes, das vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration gefördert wurde. Es war am 1. Mai 2016 gestartet. Die Projektleitung lag bei Johannes Weber, Leiter der Abteilung Altenarbeit im Amt für Soziale Arbeit, wissenschaftlich Begleitung bei Dr. Petra Schönemann-Gieck vom Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg. Koordiniert hat die Zusammenarbeit aller Beteiligten Natascha Faßbender vom Amt für Soziale Arbeit. Manjura dankte dem Ministerium für die Förderung und den Projektpartnern für ihre Bereitschaft, sich auf etwas Neues einzulassen, und für ihr

Engagement, mit dem sie das Projekt mitgetragen haben. „Zu Beginn des Projekts wurde ein multiprofessioneller und institutionenübergreifender Nachsorgezirkel ins Leben gerufen“, berichtete Sozialdezernent Stadtrat Christop Manjura. Alle Beteiligten entwickelten ein Verfahren, um soziale Bedarfe im Krankenhaus frühzeitig zu erkennen und entsprechend Unterstützung vor der Entlassung auf den Weg zu bringen. Patienten mit sozialer Indikation, das heißt mit zu erwartenden Problemen im Hinblick auf eine selbstständige Lebensführung, wurden an die Beratungsstellen der Stadt weitergeleitet. Mit dem beteiligten Rettungsdienst wurde eine Methodik eingerichtet, die eine häusliche Unterversorgung erkennen lasse, damit unnötige Krankenhausaufenthalte vermieden werden. Denn bisher seien Patienten oft ohne medizinische Notwendigkeit in ein Krankenhaus gebracht worden.

Arne Evers stellvertretender Pflegedienstleiter im St.-Josefs-Hospital, wertete das Projekt als richtigen Schritt hin zu besseren Versorgungsstrukturen und einer besseren Qualität in der ärztlichen und sozialen Versorgung älterer Patienten. Verbesserungspotential sehe er bei der Situation auf den Stationen. Die Mitarbeiter benötigten hier bessere Methoden zur Erkennung von Patienten mit sozialer Indikation.

Norbert Hagner, Sachgebietsleiter Rettungsdienst/Medizinische Gefahrenabwehr bei der Feuerwehr der Landeshauptstadt Wiesbaden, sah mit dem Projekt die Schließung einer Versorgungslücke. „Die stationären Aufnahmen werden entlastet und den Betroffenen werden unnötige Krankenhausaufenthalte erspart“, zog er ebenfalls eine positive Bilanz. Die Problematik sei kein reines Wiesbadener, sondern ein landesweites Problem, so Hagner.

Petra Schönemann-Gieck stellte dazu fest, dass laut einer Studie zur Nachsorge nach dem Klinikaufenthalt von 2016/17 rund ein Drittel aller Überleitungen nach einem Krankenhausaufenthalt nicht befriedigend seien. Daher wurde im Projekt ein Überleitungsverfahren entwickelt, das von den Kliniken bis zu den ambulanten Versorgern reiche. „Das Personal im Rettungsdienst hat einen guten Blick auf die soziale Problemlage“, maß sie diesem Bindeglied besondere Bedeutung zu. Eine stärkere Berücksichtigung der sozialen Bedarfe in den Kliniken sei ebenso vonnöten wie das Mitdenken in allen Bereichen der medizinischen Versorgung. Mit seinen Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter habe Wiesbaden geradezu Vorbildcharakter. „Die Kooperation mit dem Rettungswesen zur Vermeidung von unnötigen Krankenhauseinweisungen ist vielversprechend“, schloss sie ihre Analyse und empfahl eine Fortführung und Vertiefung der im Projekt entwickelten Verfahren.

Johannes Weber sagte für die Stadt zu, dass diese Handlungsweise mit dem Ende des Projektes nicht eingestellt, sondern fortgeführt werde. Auf sehr eindringliche aber auch empathische und sogar poetische Weise fasst Lars Ruppel, der mehrfache deutsche Poetry-Slam-Meister, die dargestellten Ergebnisse und Erfahrungen im Theater im Pariser Hof zusammen.

Heinz Porten

FISCHER & JOST BESTATTUNGEN

Einzigartig ist ein Menschenleben, einzigartig sollte auch der Abschied sein.

Die Bestatterinnen Evelyn Fischer und Stefanie Jost

Zeit und Raum für den Abschied sowie individuelle und würdevolle Trauerfeiern gerne auch in der wohlthuenden Atmosphäre unseres Hauses.

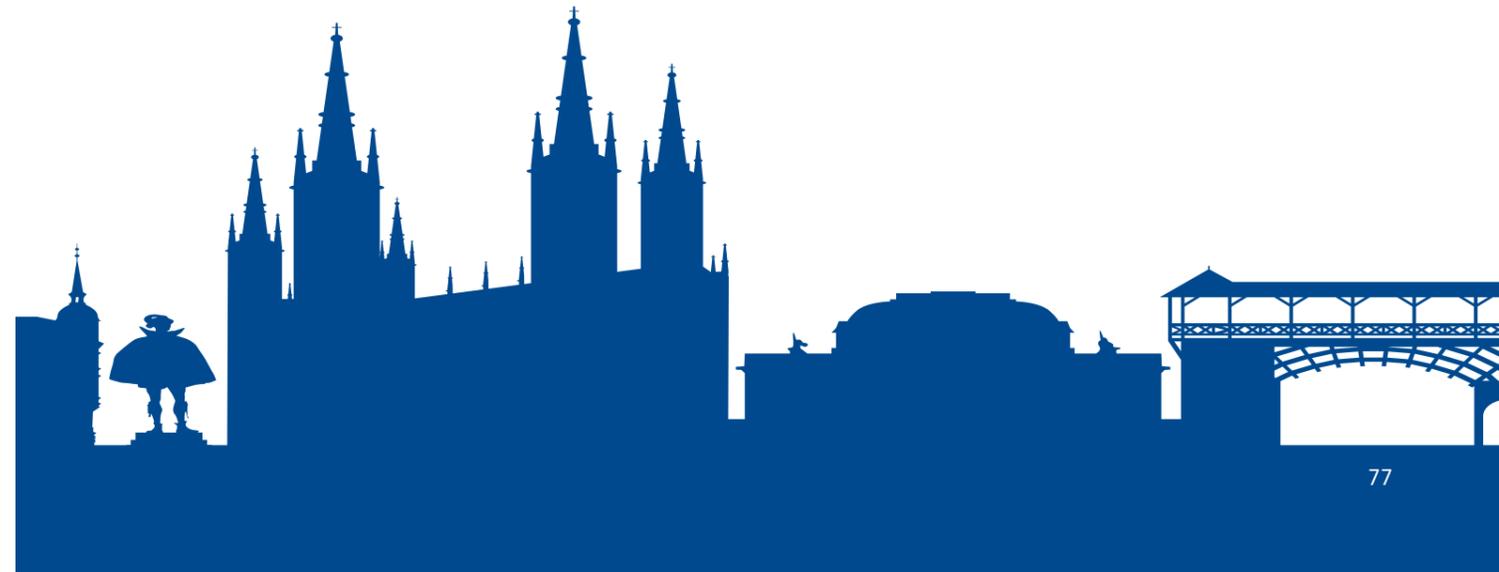
Wir beraten und unterstützen Sie bei Ihrer persönlichen Bestattungsvorsorge.

65396 Walluf • Im Grohenstück 13
Telefon: 06123 - 709912 • www.fischer-jost.de

6. Verzeichnisse

6.1 Abbildungen und Tabellen

Abbildung 1: Ziel- und Maßnahmenbaum	5
Abbildung 2: Arbeitsphasen Verfahren soziale Überleitung	6
Abbildung 3: Einschlusskriterien des Verfahrens soziale Überleitung.....	7
Abbildung 4: Kriterien für einen Klinikbesuch der Beratungsstellen	9
Abbildung 5: Verfahrensschritte soziale Überleitung	10
Abbildung 6: Kompetenzen und Einschränkungen der Stichprobe.....	15
Abbildung 7: Häusliche Versorgungssituation	16
Abbildung 8: Patienten mit „Kümmerer“	17
Abbildung 9: Einschätzung der Versorgungsstabilität bei Entlassung	19
Abbildung 10: Notwendigkeit weiterer BS-Kontakte nach 14 Tagen	20
Abbildung 11: Ablaufschema Verfahren Rettungswesen.....	24
Abbildung 12: Bekanntheit der Notfälle bei den Beratungsstellen.....	25
Abbildung 13: Soziale Verfahrensanlässe für das Rettungswesen	26
Tabelle 1: Stichprobe Verlaufsdaten im Verfahren soziale Überleitung	12
Tabelle 2: Stichprobenbeschreibung Klinik.....	14
Tabelle 3: Bedarfsplanung soziale Hilfen	18



6.2 Vorträge und Präsentationen der wissenschaftlichen Begleitforschung

2016

Studie zur „Verbesserung der Überleitung nach Krankenhausaufenthalt“. Kontakte zwischen Klinik und Nachsorgesektor. Vortrag gehalten am 2. Juni 2016 in der Beiratssitzung GeReNet.Wi & Forum Demenz Wiesbaden in Wiesbaden.

Zentrale Ergebnisse der Studie „Verbesserung der Überleitung nach dem Krankenhausaufenthalt“. Vortrag gehalten im 1. Nachsorgezirkel am 10. August 2016 in Wiesbaden.

Kommunale Ansätze zur Optimierung von Krankenhausaufenthalten älterer Menschen – Empirische Befunde im „GeReNet.Wi“. Vortrag gehalten auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) zusammen mit Johannes Weber am 10. September 2016 in Stuttgart.

Spiegelung der Ergebnisse der „Studie zur Nachsorge nach Krankenhausaufenthalt“ für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden. Vortrag gehalten in den Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden am 19. September 2016.

Verfahren zur Definition und Erhebung des sozialen Interventionsbedarfs. Vortrag gehalten im 2. Nachsorgezirkel am 28. September 2016 in Wiesbaden.

Menschen mit Demenz im Krankenhaus Handlungsbereiche aus Sicht von Klinikmitarbeitern und kommunale Maßnahmenplanung. Vortrag gehalten zusammen mit Katharina Obendoth am 29. September 2016 auf dem 9. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft 2016 in Saarbrücken.

Studie zur „Verbesserung der Überleitung nach Krankenhausaufenthalt“ – Bericht der Wissenschaft: Evaluationsdesign. Vortrag gehalten in der Beiratssitzung GeReNet.Wi & Forum Demenz Wiesbaden am 10. November 2016.

Projekt „Schnittstellenmanagement bei Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung“: Evaluationsdesign. Vortrag gehalten im 3. Nachsorgezirkel am 23. November 2016 in Wiesbaden.

2017

Bericht der Wissenschaft. Vortrag gehalten in der Beiratssitzung des GeReNet.Wi – Forum Demenz am 2. März 2017 im Rathaus Wiesbaden.

Die wissenschaftliche Begleitforschung im GeReNet.Wi/Forum Demenz. Lehrveranstaltung gehalten im Modul „Interdisziplinäre Verstehenszugänge zu Gesundheit und Lebensbewältigung in der Sozialen Arbeit“ der Fachhochschule Rhein-Main am 31. Mai 2017 in Wiesbaden.

Das Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation GeReNet.Wi 3 Forum Demenz Wiesbaden. Vortrag gehalten zusammen mit Johannes Weber am 26. Juli 2018 in der Dienstbesprechung im Amt für Soziale Arbeit der Landeshauptstadt Wiesbaden.

Ergebnisse der „Studie zur Nachsorge nach Krankenhausaufenthalt für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter. Vortrag gehalten am 27. Februar 2017 in der gemeinsamen Teambesprechung (GT) der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter in Wiesbaden.

Projekt „Schnittstellenmanagement bei Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung“. Verfahren soziale Überleitung. Vortrag gehalten im 6. Nachsorgezirkel im GeReNet.Wi am 26. Juli 2017 in Wiesbaden.

Ergebnisse der „Studie zur Nachsorge nach Krankenhausaufenthalt für Ärzte des Qualitätszirkels „Geriatric und Rehabilitation“. Vortrag gehalten im Qualitätszirkel Geriatric und Rehabilitation am 19. September 2017 in Wiesbaden.

Projekt „Schnittstellenmanagement bei Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung“. Verfahren soziale Überleitung – Evaluation. Vortrag gehalten im 7. Nachsorgezirkel im GeReNet.Wi 3 am 20. September 2017 in Wiesbaden.

Entlassmanagement. Welche Handlungsspielräume haben Kommunen an der Schnittstelle von häuslichem und akutklinischem Versorgungsbereich? Vortrag gehalten auf dem Deutschen Kongress für Versorgungsforschung am 6. Oktober 2017 in Berlin.

Das Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation GeReNet.Wi 3 / Forum Demenz Wiesbaden. Vortrag zusammen mit Johannes Weber gehalten auf dem 1. Workshop des Projektverbundes VEKTOR am 17. Oktober 2017 in Heidelberg.

Projekt Schnittstellen-Management bei Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung: Aktueller Stand zur Maßnahmen-Umsetzung und Evaluation im Verfahren „soziale Überleitung“. Vortrag gehalten auf der Beiratssitzung des GeReNet.Wi – Forum Demenz am 9. November 2017 im Rathaus Wiesbaden.

Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen im häuslichen Umfeld. Kommunale Herausforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten. Vortrag gehalten auf dem 24. Geriatrie Kolloquium am 18. November 2017 im Biebricher Schloss, Wiesbaden.

Projekt Schnittstellen-Management bei Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung: Aktueller Stand zur Maßnahmen-Umsetzung und Evaluation im Verfahren „soziale Überleitung“. Vortrag gehalten im 8. Nachsorgezirkel im GeReNet.Wi am 22. November 2017 in Wiesbaden.

Kommunale Gestaltungsmöglichkeiten in der Pflegeprävention. Vortrag gehalten im Themenforum „Hilfe vor der Pflegebedürftigkeit“ der Kommunale Gesundheitskonferenz Rhein-Neckar-Kreis und Heidelberg am 12. Dezember 2017 in Heidelberg.

2018

Ergebnisse der „Studie zur Nachsorge nach Krankenhausaufenthalt“. Vortrag gehalten am 17. Januar 2018 im ärztlichen Qualitätszirkel „aktuelle medizinische Themen“ in Wiesbaden.

Evaluation im „Verfahren soziale Überleitung“ (SÜV). Vortrag gehalten im 9. Nachsorgezirkel am 7. Februar 2018 in Wiesbaden.

Projekt Schnittstellen-Management bei Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung: Aktueller Stand zur Maßnahmen-Umsetzung und Evaluation im Verfahren „soziale Überleitung“. Vortrag gehalten auf der Beiratssitzung des GeReNet.Wi - Forum Demenz am 22. März 2018 im Rathaus Wiesbaden.

Wie können Menschen mit Demenz gut zuhause leben? Was können Kommunen dafür tun? Vortrag auf dem Gerontologischen Studientag der Landesstelle für Evangelische Erwachsenen- und Familienbildung in Baden am 15. März 2018 in Heidelberg.

Projekt „Schnittstellenmanagement bei Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung“ im Wiesbadener Netzwerk für Geriatrie Rehabilitation („GeReNet.Wi“). Vortrag gehalten auf dem VEKTOR – Workshop II am 12. April 2018 in der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar.

Studie zur Verbesserung der Überleitung nach Krankenhausaufenthalt“. Implikationen zur Überleitung in der Pflege. Vortrag gehalten auf der 1. Sitzung des Expertengremiums zur Verbesserung des Überleitungsmanagements in der Pflege am 6. Juni 2018 im Rathaus Wiesbaden.

Projekt Schnittstellen-Management bei Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung: Soziales Überleitungsverfahren(SÜV) – zentrale Ergebnisse. Vortrag gehalten bei der Beiratssitzung des GeReNet.Wi & Forum Demenz am 7. Juni 2018 im Rathaus Wiesbaden.

Verfahren Rettungswesen – zentrale Befunde. Vortrag gehalten bei der Beiratssitzung des GeReNet.Wi & Forum Demenz am 7. Juni 2018 im Rathaus Wiesbaden.

Projekt Schnittstellen-Management bei Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung: Soziales Überleitungsverfahren(SÜV) – zentrale Ergebnisse. Vortrag gehalten beim 10. Nachsorgezirkel am 20. Juni 2018 in Wiesbaden.

Verfahren Rettungswesen – zentrale Befunde: Vortrag gehalten beim 10. Nachsorgezirkel am 20. Juni 2018 in Wiesbaden.

Projekt Schnittstellen-Management bei Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung: Soziales Überleitungsverfahren (SÜV). Vortrag gehalten in der Beiratssitzung GeReNet.Wi/Forum Demenz am 7. Juni 2018 im Rathaus Wiesbaden.

Projekt Schnittstellen-Management bei Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung: Soziales Überleitungsverfahren (SÜV). Vortrag gehalten bei der Gemeinsamen Teambesprechung (GT) der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter am 28. Juni 2018 im Amt für Soziale Arbeit, Wiesbaden.

Verfahren Rettungswesen – zentrale Befunde. Vortrag gehalten bei der Gemeinsamen Teambesprechung (GT) der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter am 28. Juni 2018 im Amt für Soziale Arbeit, Wiesbaden.

Schnittstellen-Management bei Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung im GeReNet.Wi. Poster präsentiert beim Expertenhearing des Projektverbundes VEKTOR am 17. September 2018 im Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg in Stuttgart.

Projekt Schnittstellen-Management bei Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung: Soziales Überleitungsverfahren (SÜV). Vortrag gehalten in der Stationsleitersitzung des St. Josefs-Hospital Wiesbaden am 15. Oktober 2018.

Vulnerable Menschen im Krankenhaus: Wie können individuelle Bedarfe im Rahmen der Entlassplanung aufgegriffen werden? Vortrag gehalten am 18. Oktober 2018 auf dem 10. Kongress der Deutschen Alzheimer Gesellschaft in Weimar.

Projekt Schnittstellen-Management bei Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung: Ein Resümee aus Sicht der Wissenschaft. Vortrag gehalten auf der Abschlussveranstaltung des Projektes „Schnittstellen-Management bei Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung“ am 23. November 2018 im Pariser Hoftheater in Wiesbaden.

Projekt „Schnittstellenmanagement bei Krankenhaus-Aufnahme und -Entlassung“ im Wiesbadener Netzwerk für Geriatrische Rehabilitation („GeReNet.Wi“). Vortrag gehalten auf dem „Netzwerktreffen sektorenübergreifende Versorgung“ des Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg, Referat 51 (Grundsatz, Prävention, Öffentlicher Gesundheitsdienst) am 3. Dezember 2018 im Hospitalhof in Stuttgart.

2019

Krankenhausaufnahme und Entlassung – Erkenntnisse der Wissenschaft: Vortrag gehalten auf dem 25. Wiesbadener Geriatrie Kolloquium im Biebricher Schloss Wiesbaden am 2. Februar 2019.

Geplant: Vortrag auf dem Fachtag des Deutschen Verein für öffentliche und private Fürsorge am 13./14. Mai 2019 in Berlin. Thema „Vernetzung und Kooperation in Beratung, Planung und Versorgung in der Kommune – Zur Entwicklung zukunftsfähiger Hilfe- und Pflegestrukturen

7. Literatur

Bär, M., Schönemann-Gieck, P., Bauer, J., Brandenburg, H., Stolz, R. & Kruse, A. (2019, in Review). „Sektorenübergreifendes Fall- und Versorgungsmanagement bei Risikopatienten“. Expertise des VEKTOR-Verbands im Auftrag des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg., 2009). Expertenstandard Entlassungsmanagement in der Pflege. Schriftenreihe des DNQP. Osnabrück.

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (2015) Produkt- und Leistungsbeschreibung der Klinischen Sozialarbeit. 3. Neuauflage 2015.

Groß, I., Klotz, Chr. & Knaup, K. (2019). Kommunale Steuerungs- und Gestaltungsmöglichkeiten in der Hilfe zur Pflege nach SGB XII. PRO Alter 1/2019, 52-56.

Haas, B., Schönemann-Gieck, P. & Weber, J. (2007). 7 Jahre Wiesbadener Netzwerk für Geriatrische Rehabilitation. Abschlussbericht, Wiesbaden.

Herrin, J., Andre, J., Kenward, K., Joshi, M.S., Audet, A-M. J. & Hines, S.C. (2015). Community Factors and Hospital Readmission Rates. Health Services Research 2, 50:1, 20-39.

Knaup, K. (2014). Hilfe- und Pflegebedarf älterer Menschen in Wiesbaden bis 2030 – Grundlagenbericht zur Altenhilfeplanung. Magistrat der Landeshauptstadt Wiesbaden (Hrsg.). Beiträge zur Sozialplanung Nr. 34/2014.

Knaup, K. (2018). Ausgaben und Leistungen der Hilfe zur Pflege 2016 in Wiesbaden. Magistrat der Landeshauptstadt Wiesbaden (Hrsg.) Materialien zur Hilfe- und Pflegebedarfsplanung älterer Menschen in Wiesbaden bis 2030. Wiesbaden.

Rosenbrock, R. (1995). Public Health als soziale Innovation. Gesundh.-Wes. 57:140-44.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen hat in seinem aktuellen Gutachten „Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung (2018)

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018). Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung. Download im Internet unter https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf. Zugriff am 21. Januar 2019.

Schönemann-Gieck, P. & Weber, J. (2016). 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-Verlag.

Schönemann-Gieck, P. (2012). Vermittlung und Inanspruchnahme häuslicher Hilfe- und Unterstützungsangebote bei Menschen mit Demenz. Online im Internet. URL: <http://www.ub.uni-heidelberg.de/archiv/14265> (10. Januar 2013).

Schönemann-Gieck, P. (2017) Abschlussbericht zur Studie Nachsorge nach Krankenhausaufenthalt. Landeshauptstadt Wiesbaden, Amt für Soziale Arbeit (Hrsg.). Download im Internet unter www.wiesbaden.de

Schönemann-Gieck, P., Evers, A. & Groß, I. (2018). Klinikentlassungen älterer Patienten mit sozialem Interventionsbedarf: Möglichkeiten und Grenzen kommunalen Handelns am Beispiel des Wiesbadener Gesundheitsnetzes „GeReNet.Wi“. Pflege & Gesellschaft 23. Jg. H. 4 S. 324–339.

Schulz-Nieswandt, F. (2018). Biberacher, Unsere Brücke e.V., Redundanz im bunten Flickenteppich der Beratung, Fallsteuerung und Netzwerkbildung oder Modell der Lückenschließung? Studien zum sozialen Dasein der Person, Band 27. Nomos-Verlag.

