

Kompetenz durch Kooperation und Vernetzung



7 Jahre Wiesbadener Netzwerk
für geriatrische Rehabilitation

Abschlussbericht der Projektphasen



Amt für Soziale Arbeit
Abteilung Altenarbeit
Kurt-Schumacher-Ring 2-4
65195 Wiesbaden



Amt für Soziale Arbeit

1	Strukturen des Projektes: Nachsorge-, Überleitungs- und Zugangsmanagement an der Schnittstelle von Akutversorgung und geriatrischer Rehabilitation	3 – 8
1.1	<i>Hintergrund des Projektes</i>	3
1.2	<i>Projektziele</i>	4
1.3	<i>Der organisatorische Rahmen</i>	4
1.3.1	Projektmanagement und Dokumentation	4
1.3.2	Projektbeirat	6
1.3.3	Arbeitsgruppen	7
1.4	<i>Öffentlichkeitsarbeit</i>	7
2	Analyse der aktuellen Versorgungssituation älterer, hilfsbedürftiger Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt in Wiesbaden	9 – 21
2.1	<i>Evaluationsdesign</i>	9
2.2	<i>Fokusgruppengespräche</i>	9
2.3	<i>Schnittstellenuntersuchung</i>	10
2.3.1	Methodik	10
2.3.2	Untersuchungsergebnisse	11
2.3.3	Zusammenfassung der Analyseergebnisse und Ausblick	16
2.4	<i>Feedbackgespräche zur Spiegelung der Analyseergebnisse</i>	16
2.5	<i>Empfehlungen zur weiteren Vorgehensweise</i>	17
2.5.1	Empfehlung 1: Schaffung von Strukturen, die die Position des Sozialdienstes in der Klinik stärken und dessen spezifische Kompetenz deutlicher zur Geltung bringen	17
2.5.2	Empfehlung 2: Verbesserung der Kommunikation an der Schnittstelle von Klinik und Nachsorgesektor unter drei Aspekten	18
a)	frühere Weitergabe des Entlassungszeitpunktes	18
b)	Intensivierung des Informationsflusses	18
c)	kontinuierliche Versorgung	19
2.5.3	Empfehlung 3: Systematische Überprüfung und Ausschöpfung vorhandener Rehabilitationspotenziale	19
2.5.4	Empfehlung 4: Verbreitung von Kenntnissen über geriatrische Behandlungs- und Versorgungsformen in Akuthäusern	20
2.5.5	Empfehlung 5: Beschleunigung von Verfahren	20

3 Eingeleitete Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungssituation 21 – 39

3.1	<i>Schwerpunkt I: Fortbildung / Qualifizierung</i>	22
3.1.1	Fortbildungen für Pflegedienste	22
3.1.2	Fortbildungen für Sozialarbeiter/-innen der Beratungsstellen für selbstständiges Leben im Alter	23
3.1.3	Fortbildungen für Ärzte / Kontakte zu Qualitätszirkeln und Ärzte-AGs	24
3.1.4	Fortbildungen in Kliniken	25
3.1.5	Qualitätssicherung und Entwicklung – Dokumentation	26
3.2	<i>Schwerpunkt II: Vernetzung / Kooperationsförderung</i>	26
3.2.1	Netzwerkkongress	26
3.2.2	Adresskarte	28
3.2.3	Aufbau quartiersbezogener Netze	28
3.2.4	Geriatrische Visite	29
3.2.5	Überleitungsvisite	30
3.2.6	Neue Kooperationsvereinbarungen zwischen Krankenhaussozialdiensten und Beratungsstellen für selbstständiges Leben im Alter	30
3.2.7	Evaluation des Verfahrens „Infobrief geriatrische Prävention“	36
3.3	<i>Schwerpunkt III: Niederschwellige Angebote</i>	38
3.3.1	Informations- und Mitmachstunden in geriatrischen Tageskliniken	38
3.3.2	Adressenlisten	39

4 Die Zukunft des GeReNet.WI 40

4.1	<i>Vorarbeiten für die Übernahme von Angeboten in die Regelversorgung</i>	40
4.2	<i>Forum Demenz</i>	40

5 Bewertung und Ausblick 41 – 42

	Literaturverzeichnis	43
	Anlagen	44

1.1 Hintergrund des Projektes

Alle Prognosen zur demografischen Entwicklung gehen davon aus, dass sich der Aufbau unserer Gesellschaft in den nächsten Jahrzehnten verändern wird. Die Zahl der alten Menschen nimmt zu und damit voraussichtlich auch der Anteil derjenigen, die auf Hilfe und Pflege angewiesen sind.¹ Die sozialen Sicherungssysteme, das zeigen die geplanten und teilweise bereits umgesetzten Reformvorhaben in SGB V und SGB XI, müssen ihre Leistungen entsprechend anpassen um zukunftsfähig zu bleiben. Mit der Einführung der Fallpauschalen im Krankenhaus (Diagnosis Related Groups = DRGs) zum 1. Januar 2004 wurden Maßnahmen zur Entlastung der Krankenkassen und zur Veränderung des Gesundheitswesens ergriffen.

Das Fallpauschalensystem hat, so die Grundannahme im Projekt „Nachsorge, Überleitungs- und Zugangsmanagement an der Schnittstelle von Akutversorgung und geriatrischer Rehabilitation“, Auswirkungen auf die notwendigen Versorgungsleistungen und die Entlassungssituation bei stationären Behandlungen. Für die Regelung der Überleitung und Nachsorge nach stationären Behandlungen bleibt sehr wenig Spielraum. Insbesondere für geriatrische Patienten² bedeutet dies, dass sie voraussichtlich nicht nur früher, sondern auch hilfs- und pflegebedürftiger aus den Krankenhäusern entlassen werden. In Anbetracht der längeren Zeit, die ältere Menschen zur Rekonvaleszenz benötigen, heißt dies, dass während einer stationären Behandlung Entscheidungen von großer Tragweite getroffen werden, wie beispielsweise die Übersiedlung in ein Pflegeheim ohne Überprüfung aller individuellen, psychosozialen und umfeldbezogenen Potenziale zur Aufrechterhaltung einer selbstständigen Lebensführung. Um diesem Prozess wirksam entgegen zu steuern und der Komplexität des Unterstützungsbedarfs geriatrischer Patienten gerecht zu werden, sind koordinierte Arbeitsweisen zwischen Altenhilfe und Gesundheitswesen erforderlich.

In Wiesbaden, der hessischen Landeshauptstadt, leben rund 270.000 Einwohner, wovon 24,6% 60 Jahre und älter sind.³ Ihnen steht eine gut ausgebaute Angebotsstruktur in der Altenhilfe und im Gesundheitswesen zur Verfügung. Wiesbaden verfügt über eine Vielzahl von medizinischen, therapeutischen, pflegerischen und sozialen Diensten und Einrichtungen. Zu nennen sind u. a. die mobilen Pflegedienste,

die kommunalen Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter, die niedergelassenen Ärzte und Therapeuten. Außerdem gibt es mehrere Akut- und Rehabilitationskliniken, sowie zwei geriatrische Fachkliniken mit vollstationären und teilstationären Betten.

In den Jahren 2000 bis 2003 führte die Stadt Wiesbaden im Rahmen des Bundesmodellprogramms „Altenhilfestrukturen der Zukunft“ des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend⁴ und mit Förderung des Hessischen Sozialministeriums sowie kommunaler Teilfinanzierung das Projekt „Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation“ durch. Die Zielsetzung bestand darin, zu Hause wohnenden alten Menschen Zugänge zu geriatrischer Behandlung / Rehabilitation zu eröffnen, die Heil- und Hilfsmittelversorgung zu verbessern und durch die Gewinnung, sowie Schulung von Ehrenamtlichen⁵ und Angehörigen die Lebensqualität zu steigern. Für all dies war der Auf- und Ausbau eines multiprofessionellen Netzwerkes erforderlich.⁶

Von 2004 bis 2007 setzte die Stadt Wiesbaden die Arbeit am Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation mit dem Projekt „Nachsorge, Überleitungs- und Zugangsmanagement an der Schnittstelle von Akutversorgung und geriatrischer Rehabilitation“ fort. Die Finanzierung erfolgte aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, des Europäischen Sozialfonds und der Kommune. Seit Mai 2007 ist das GeReNet.Wi eine Regel-einrichtung im Sozialdezernat der Stadt Wiesbaden mit dem Auftrag, die Netzwerkarbeit weiter zu entwickeln und zusätzlich das Forum Demenz für Wiesbaden aufzubauen.

Das Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation (GeReNet.Wi) ist eine Kooperationsplattform für Wiesbadener Dienste, Einrichtungen, Institutionen und Praxen, die sich für ältere Bürger engagieren. Mit dem Ziel, die Selbstständigkeit älterer Menschen so lange wie möglich zu erhalten werden neue Kooperationsformen in der Altenhilfe und im Gesundheitswesen erprobt.

Der vorliegende Bericht behandelt den Projektzeitraum 2004 bis 2007. Das Hauptanliegen des GeReNet.Wi-Projektes „Nachsorge, Überleitungs- und Zugangsmanagement an der Schnittstelle von Akutversorgung und geriatrischer Rehabilitation“ bestand darin, den Entlassungsprozess aus dem Krankenhaus und die Nachsorge nach einem sta-

¹Vgl. Knaup, K. (2004), S. 69

²Um ein flüssigeres Lesen zu erleichtern, werden im folgenden Text nicht immer beide Geschlechtsformen, sondern häufig nur eine der beiden verwandt. Einbezogen sind jedoch stets Männer und Frauen.

³Ebenda, S. 6

⁴Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2004)

⁵Haas, B., Raasch, C. (2003)

⁶siehe hierzu auch: Haas, B., Weber, J. & Schönemann-Gieck, P. (2005)

Strukturen des Projektes: Nachsorge-, Überleitungs- und Zugangsmanagement an der Schnittstelle von Akutversorgung und geriatrischer Rehabilitation

tionären Klinikaufenthalt so zu gestalten, dass Brüche an den verschiedenen Schnittstellen vermieden werden und alle beteiligten Personen Hand in Hand arbeiten.

Das Projekt erhielt ein Maßnahmenkonzept, das im Punkt drei „Eingeleitete Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungssituation“ beschrieben ist und ab Mai 2004 systematisch umgesetzt wurde.

1.2 Projektziele

Hauptanliegen des Projektes ist die Optimierung des Entlassungsprozesses geriatrischer Patienten aus dem Akutkrankenhaus. Durch eine systematische Ausschöpfung der vorhandenen körperlichen, psychischen und sozialen Ressourcen zur Sicherung der Selbstständigkeit, soll eine selbstständige Wohnform so weit wie möglich gesichert und Einweisungen in Alten-/Pflegeheime vermieden werden.

Als Grundlage für die zu entwickelten Maßnahmen wurden drei Schwerpunkte mit jeweils eigenen Teilzielen gebildet:

- I. Qualifizierung unterschiedlicher Berufsgruppen im Hinblick auf ihre Aufgaben in einem koordinierten Case Management,
- II. Förderung der Zusammenarbeit dieser Berufsgruppen (Vernetzung),
- III. Einführung niederschwelliger Maßnahmen für geriatrische Patienten, mit dem Ziel einer nachhaltigeren Stabilisierung der Versorgungssituation zu Hause.

1.3 Der organisatorische Rahmen

1.3.1 Projektmanagement

Träger des Projektes, das aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, des Europäischen Sozialfonds und der Kommune Wiesbaden finanziert wurde, war das Sozialdezernat der Landeshauptstadt Wiesbaden. Das Projektbüro gehörte und gehört auch nach der Modellphase zur Abteilung Altenarbeit des Amtes für Soziale Arbeit.

Der Projektleiter (Leiter der Abteilungen Altenarbeit und Koordinationsstelle für Behindertenarbeit), die Projektkoordinatorin (Diplom-Sozialarbeiterin mit langjähriger Berufserfahrung in den Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter und Koordinatorin im Modellprojekt Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation,

Vollzeitstelle), die Projektmitarbeiterin (Diplom-Sozialarbeiterin und Altenpflegerin, langjährige Berufserfahrung in offener und stationärer Altenhilfe, Teilzeitstelle) und die Sekretärin (Verwaltungsangestellte mit langjähriger Berufserfahrung, Teilzeitstelle) bildeten das **Projektteam**.

Die **wissenschaftliche Begleitung** (Diplom-Gerontologin, M.A., wissenschaftliche Mitarbeiterin, Teilzeitstelle) erfolgte in einer Kooperation mit dem Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg. Der Kooperationsvertrag mit dem Institut für Gerontologie regelte die Aufgaben und Arbeitsfelder der wissenschaftlichen Begleitforschung. Hierzu gehörten neben der Definition des Projektzieles und der Bildung der Projektschwerpunkte, die in Kooperation mit dem Projektträger und dem Beirat erfolgte, die

- Vorbereitung, Durchführung, Evaluation und Ergebnispräsentation der „Untersuchung zur Versorgung älterer Menschen nach Klinikaufenthalt in Wiesbaden“ (siehe Gliederungspunkt 2),
- Auswertung der Fortbildungen für Pflegedienste (Gliederungspunkt 3.1.1),
- Entwicklung und Auswertung eines Verfahrens für neue Kooperationsvereinbarungen zwischen Krankenhaussozialdiensten und Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter (Gliederungspunkt 3.2.6),
- Evaluation der Verfahren „Infobrief geriatrische Prävention“ und „dokumentierte Maßnahmen“ (Gliederungspunkt 3.2.7),
- Bewertung der Informations- und Mitmachstunden in den geriatrischen Tageskliniken (Gliederungspunkt 3.3.1),
- Erstellung von Fachartikeln und Publikationen, sowie die Präsentation der Projektergebnisse auf örtlicher und überörtlicher Ebene.

Alle weiteren Aufgaben (Moderation von Arbeitsgruppen, Dokumentations- und Berichtswesen, Rechnungswesen, sonstige administrative Tätigkeiten, Kontaktpflege mit Kooperationspartnern, Planung und Durchführung von Veranstaltungen, Öffentlichkeitsarbeit usw.) wurden arbeitsteilig von den Mitarbeiterinnen des Wiesbadener Projektbüros wahrgenommen.

Zur Steuerung der Projektabläufe fanden Kommunikationen auf verschiedenen Ebenen statt.

Kommunikation – projektintern

- In vierzehntägigen Steuerungsbesprechungen nahm das Projektteam konzeptionelle Entwicklungen vor, regelte organisatorische Fragen und stimmte die nächsten Handlungsschritte ab. Um einen effektiven Austausch zwischen Wiesbaden und Heidelberg zu gewährleisten,

Strukturen des Projektes: Nachsorge-, Überleitungs- und Zugangsmanagement an der Schnittstelle von Akutversorgung und geriatrischer Rehabilitation

kam die wissenschaftliche Begleitung regelmäßig für zusätzliche Steuerungsbesprechungen nach Wiesbaden. Dies war oft an die Teilnahme von Gremienterminen (Projektbeirat, Feedback-Gespräche mit Berufsgruppen) gekoppelt. Tägliche Telefonate oder Austausch per E-Mail ermöglichten die kontinuierliche Zusammenarbeit.

- Flankierend dazu zogen sich die im Projekt Beschäftigten regelmäßig (2-3 x jährlich) zu ganz- oder halbtägigen Klausurtagungen zurück, mit dem Ziel konzeptionelle Planungen für die nächsten Monate vorzunehmen. An den Klausurtagungen nahmen außerdem die wissenschaftliche Begleitung, die Sachgebietsleiterin der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter und die für Altenarbeit zuständige Planerin der Abteilung Grundsatz des Amtes für Soziale Arbeit teil.

Kommunikation – mit Kooperationspartnern (in der Projektphase und darüber hinaus)

Das Projektbüro ist an einem schnellen und möglichst breit gefächerten Informationstransfer zu den am Projekt beteiligten Berufsgruppen / Institutionen interessiert.

- Da zwischen GeReNet.Wi und den Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter⁷ eine enge Zusammenarbeit besteht, ist die regelmäßige Teilnahme an den monatlichen Teambesprechungen (Dauer: ca. 2,5 Stunden) und an den Klausurtagungen (ganztags) der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter institutionalisiert. Berichte und Informationen über GeReNet.Wi bilden einen festen Tagesordnungspunkt. Eine wichtige Funktion haben außerdem telefonische und / oder persönliche Gespräche mit einzelnen Beratungsstellenmitarbeiter/-innen und -teams.

Die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter nehmen einmal jährlich an den Regionaltreffen der DVSG Hessen-Süd (Deutsche Gesellschaft für Sozialarbeit im Gesundheitswesen) teil. Hier werden mit den Kollegen und Kolleginnen aus den Krankenhaussozialdiensten aktuelle Fragen der Zusammenarbeit erörtert. Das Projektteam ist in diese Kooperationsgespräche involviert. In 2005 beteiligte sich die Projektkoordinatorin an der Arbeitsgruppe der Beratungsstellen zur Vorbereitung der Sitzung, die am 18. Oktober 2005 u. a. mit den

GeReNet.Wi-Themen „Feedback zum Nettwerkkongress“ und „Erste Ergebnisse der Schnittstellenanalyse“ stattfand. Im Kooperationsgespräch 2006 wurden die Adresskarten (Gliederungspunkt 3.2.2) präsentiert und erstmals an die Krankenhaussozialdienste ausgegeben. In einer Sitzung im Oktober 2006 und einem halbtägigen Workshop im November diskutierten das Projektteam und die wissenschaftliche Begleitung mit Vertreter/-innen der Krankenhaussozialdienste und Beratungsstellen den Entwurf der „Überleitungsvisite“ kontrovers und erarbeiteten neue Formen der Zusammenarbeit (zur Überleitungsvisite siehe Gliederungspunkt 3.2.5).

- In den Gremien AG Mobile Dienste und Arbeitsgemeinschaft Wie-Ge ist die Projektarbeit des GeReNet.Wi ein regelmäßiger Tagesordnungspunkt. Die Teilnehmer/-innen erhalten nicht nur Sachstandsberichte, sondern sie werden in die Planungen und Umsetzungen eingebunden. GeReNet.Wi engagiert sich im Förderverein AGape⁸ und in der Arbeitsgemeinschaft Wie-Ge (Wiesbadener Geriatrie).⁹ Beispielsweise wirkte das Projektbüro intensiv bei der Aktualisierung der Texte und Adressmaterialien für die Neuauflage des Geriatrischen Registers mit.¹⁰ Es ist ein Informationsmedium und praktischer Ratgeber für alle diejenigen, die Hilfe benötigen, aber auch für diejenigen, die beruflich oder privat alten Menschen Unterstützung leisten.
- Der Projektleiter vertritt das Projekt und die Abteilung Altenarbeit des Amtes für Soziale Arbeit in der Arbeitsgemeinschaft Mobile Dienste.¹¹ Durch die regelmäßige Teilnahme an Sitzungen von Gremien und Arbeitsgemeinschaften ist der Austausch mit Kooperationspartnern wie den Pflege- und Hauswirtschaftsdiensten, den geriatrischen Fachkliniken usw. gewährleistet.
- Darüber hinaus informiert er hausintern die Teilnehmer/-innen der Amts- und Dezernats-Dienstbesprechungen. Strukturen und Vorgehensweisen im Projekt werden diskutiert und auf ihre Übertragbarkeit auf andere Handlungsfelder des Amtes für Soziale Arbeit überprüft. So wurden u. a. allen Abteilungsleitern in der Amtsdienstbesprechung am 11. Oktober 2006 die Ergebnisse der bisherigen Netzwerkarbeit vorgestellt und mit ihnen die weiteren Planungen – auch für die Zeit nach der Projektphase – abgestimmt.

⁷ Informationen zu den Beratungsstellen sind im Ratgeber der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter enthalten; kostenfrei bestellbar über altenarbeit@wiesbaden.de

⁸ Der Förderverein **AGape** e.V. initiiert und fördert Projekte für ältere Mitbürgerinnen und Mitbürger, die sonst – auch unter finanziellen Gesichtspunkten – nicht möglich oder realisierbar wären (z. B. Maßnahmen zur Sturzprävention und zur Erhaltung der Fahrtüchtigkeit im Alter).

⁹ Die Wie-Ge (Arbeitsgemeinschaft Wiesbadener Geriatrie) ist eine Arbeitsgruppe, die sich aus unterschiedlichen Professionen und Institutionen zusammensetzt. Ihr Anliegen ist es, die kommunale Gesundheitsförderung für Senioren und Seniorinnen durch Maßnahmen und Planungen anzustoßen, zu unterstützen und zu vernetzen. Mitglieder der Wie-Ge gründeten in 2005 den Förderverein AGape e.V.

¹⁰ Das Geriatrische Register 2006 ist als Download über www.wiesbaden.de/die_stadt/sozial_fam/senioren/wiege erhältlich.

¹¹ AG Mobile Dienste: Arbeitsgemeinschaft bestehend aus Vertreter/-innen Wiesbadener Pflege- und Hauswirtschaftsdienste, Krankenhaussozialdiensten und des Amtes für Soziale Arbeit. Die AG widmet sich insbesondere der Aufgabe, die mobile Versorgungsstruktur in Wiesbaden weiter zu entwickeln. Die Arbeitsgemeinschaft hat einen monatlichen Sitzungsrhythmus und veranstaltet einmal jährlich eine Klausurtagung.

Strukturen des Projektes: Nachsorge-, Überleitungs- und Zugangsmanagement an der Schnittstelle von Akutversorgung und geriatrischer Rehabilitation

- Kontakte hinsichtlich der Beachtung von Gender-Aspekten bestehen zum kommunalen Büro der Frauenbeauftragten.
- Auf überregionaler Ebene fließen Informationen zum GeReNet.Wi in den Kreis der Altenhilfeplaner Hessen, in den Landespflegeausschuss und in den Hessischen Städtetag.

Dokumentation

Alle Sitzungen, Treffen, Arbeitsbesprechungen wurden per Protokoll dokumentiert. GeReNet.Wi erstellte jährliche Sachstandsberichte und veröffentlichte Forschungsergebnisse (wie die „Untersuchung zur Versorgung älterer Menschen nach Klinikaufenthalt in Wiesbaden“).

1.3.2 Projektbeirat

GeReNet.Wi wurde und wird auch nach der Projektphase von einem Projektbeirat beraten und unterstützt. Die Geschäftsordnung, die der Projektbeirat einstimmig am 18. November 2004 verabschiedete, definiert folgendes Aufgabenspektrum: Der Beirat berät den Projektträger während den Projektphasen in allen Angelegenheiten, die Inhalt, Zielsetzung, Schwerpunkte und Vorgehen betreffen. Die Mitglieder unterstützen und fördern die Arbeit des Projektes, indem sie

- den Informationsfluss über den Projektverlauf und die zentralen Ergebnisse in ihre Verantwortungsbereiche hinein sicherstellen,
- Anregungen und Stellungnahmen aus ihren Verantwortungsbereichen in den Projektbeirat einbringen,
- die Ergebnisse der Projektphasen für ihren Verantwortungsbereich auswerten und
- an der Entwicklung abgestimmter Kooperationen mitwirken.

Im Projektbeirat sind alle relevanten Berufsgruppen, Zuschussgeber des Projektes, Institutionen, Einrichtungen und Kostenträger vertreten:

- Landeshauptstadt Wiesbaden, Projektträger,
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Zuschussgeber),
- Hessisches Sozialministerium (Zuschussgeber),
- Vertreter/-innen der Kranken- und Pflegekassen,
 - AOK, die Gesundheitskasse in Hessen,
 - VdAK (Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.) und AEV (Arbeiter-Ersatzkassen-Verband, Landesvertretung Hessen), auch Vertretung für:
 - BKK Landesverband Hessen,
 - IKK Hessen,

Landwirtschaftliche Krankenkasse in Hessen
Bundesknappschaft,
Krankenkasse für den Gartenbau,

- MDK Hessen Hauptverwaltung,
- Kassenärztliche Vereinigung,
- niedergelassene Ärzte,
- Akutkliniken (Asklepios Paulinen Klinik, St. Josefs-Hospital und Dr. Horst Schmidt Klinik),
- Geriatrische Kliniken (Asklepios Paulinen Klinik und Geriatrische Klinik am Katharinenstift),
- Krankenhaussozialdienste (Akutkliniken und geriatrische Fachkliniken),
- mobile Pflegedienste,
- niedergelassene Therapeut/-innen (der Fachrichtungen Ergotherapie, Physiotherapie und physikalische Therapie),
- Gesundheitsamt der Stadt Wiesbaden,
- Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter,
- stationäre Pflegeeinrichtungen,
- Seniorenbeirat der Stadt Wiesbaden,
- Ausbildungseinrichtungen in Wiesbaden (Caritas-Altenpflegeschule),
- Klinik am Bingert/Aukammtalklinik (als ständiger Gast ohne Stimmrecht).

Von den Mitgliedern des Projektbeirates wurde zu Projektbeginn die stärkere Einbeziehung der stationären Behandlungseinrichtungen gefordert. Zwar brachten die Chefärzte der beiden geriatrischen Fachkliniken ihre Positionen ein und alle Krankenhaussozialdienste waren durch zwei Delegierte eingebunden, jedoch gab es in der ersten Zeit keine Vertretung für zwei Akutkliniken. Der guten Präsenz des ambulanten Sektors durch die Vertreter/-innen der Pflegedienste, Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter, Therapeuten, Ärzte stand somit ein Defizit der Einbeziehung des stationären Sektors gegenüber. Durch schriftliche Anfragen und persönliche Vorsprachen erreichte das Projektbüro in 2005, dass die Pflegedirektorin der Dr. Horst Schmidt Klinik und der Personal- und Pflegedienstleiter des St. Josefs-Hospitals in den Projektbeirat aufgenommen werden konnten. Der Direktor des Zentrums für Internistische und Geriatrische Medizin vertritt die Bereiche Akutklinik und geriatrische Fachklinik der Asklepios Paulinen Klinik.

Auf Einladung des Projektbüros fand pro Quartal eine Projektbeiratssitzung statt. In diesen Sitzungen stellten das Projektteam und die wissenschaftliche Begleitung jeweils den Sachstand der Planungen und Umsetzungen vor (siehe Anlage 1 Präsentationen des Projektteams in Projektbeiratssitzungen).

Die Mitglieder des Beirats brachten ihre Sichtweisen, aktuelle Informationen und Beiträge ein (siehe Anlage 2). Sie bewerteten die vorgestellten Projektschritte und stimmten mit dem Projektteam das weitere Vorgehen ab. Alle Maßnahmen der drei Projektschwerpunkte wurden im Projektbeirat diskutiert und vereinbart. Dies galt auch für Aktualisierungen, die sich aus der Schnittstellenanalyse und Erfordernissen bei der Umsetzung der Maßnahmen ergaben.

Während das Projektteam die laufende Projektarbeit gewährleistete, wurde ein Teil der konkreten Maßnahmen von Arbeitsgruppen, die aus dem Beirat heraus gebildet wurden, betreut.

1.3.3 Arbeitsgruppen

Der Projektbeirat bildete Arbeitsgruppen zu bestimmten Fragestellungen und zum intensiveren Austausch miteinander und mit dem Projektteam. So wirkten beispielsweise Anfang 2004 mehrere Projektbeiräte in einer VorbereitungsAG für das neue Projekt mit. Diskutiert wurden folgende Punkte, zu denen erste Vereinbarungen getroffen werden konnten:

- Förderanträge - Stand der Bewilligung,
- vorliegende Projektbeschreibung,
- Anwendung der DRGs und feststellbare Auswirkungen,
- Überleitung,
- mobile geriatrische Rehabilitation,
- Fortsetzung der im ersten GeReNet.Wi-Projekt entwickelten Maßnahmen und Verfahren,
- Zusammensetzung des künftigen Projektbeirates,
- Ansatzpunkte für konkrete Maßnahmen,
- Zielgruppendefinition.

Die **Arbeitsgruppe MultiKo**¹², die im vorausgegangenen Projekt regelmäßig zusammenkam, um an Projektmaßnahmen (Überleitungsbogen, Adressblatt, Hospitationen) zu arbeiten, setzte zunächst ihre Arbeit fort. Da im Juli 2004 keine konkreten Arbeitsaufträge für MultiKo absehbar waren, beschloss die AG zunächst keine weiteren Sitzungen anzuberaumen. Die Mitglieder vereinbarten, im Bedarfsfall und evtl. unter Einbeziehung weiterer Beiräte wieder aktiv zu werden. Mitglieder der AG MultiKo bildeten in 2006 den AK Netz (siehe Gliederungspunkt 3.2.3).

1.4 Öffentlichkeitsarbeit

Der Informationsfluss vom Projektbüro hin zu den Wiesbadener Bürger/-innen und der Fachöffentlichkeit wird über vielfältige Medien und Veranstaltungen hergestellt.

Als Reaktion auf die im Folgenden dargestellte Öffentlichkeitsarbeit meldeten sich zahlreiche Wiesbadener Bürgerinnen und Bürger sowie Personen und Organisationen aus dem gesamten Bundesgebiet, die je nach Wunsch telefonische Informationen oder Materialien per Post oder E-Mail erhielten.

Tageszeitungen, weitere örtliche Printmedien und Rathausnachrichten

Wiesbaden verfügt über zwei Tageszeitungen, den Wiesbadener Kurier (Auflage ca. 53.000) und das Wiesbadener Tagblatt (Auflage ca. 11.000). Sie sind für die Wiesbadener Bevölkerung wichtige Informationsquellen hinsichtlich aktueller Entwicklungen und Ereignisse. Sie enthalten Hinweise auf Veranstaltungen, Einrichtungen und Organisationen. Neben den Wiesbadener Tageszeitungen ist auch die Mainzer Allgemeine Zeitung von großer regionaler Bedeutung. Insbesondere in den beiden Wiesbadener Stadtteilen Mainz-Kastel und Mainz-Kostheim, die früher zu Mainz gehörten, ist die Mainzer Allgemeine Zeitung weit verbreitet. Die Frankfurter Rundschau und die Frankfurter Allgemeine Zeitung haben in Wiesbaden ebenfalls eine interessierte Leserschaft, zumal die Frankfurter Rundschau in Wiesbaden ein Redaktionsbüro unterhält, in dem der Wiesbadener Lokalteil vorbereitet wird.

GeReNet.Wi leitet Pressemeldungen für Tageszeitungen an das Pressereferat der Stadt. Nach einer Endbearbeitung dort werden sie über die Rathausnachrichten allen Presseorganen zur Verfügung gestellt.

In Wiesbaden erscheint 4 x jährlich das Seniorenmagazin Consens, das von der Stadt Wiesbaden kostenlos an Senioren ausgegeben und in öffentlich gut zugänglichen Gebäuden ausgelegt wird.

Artikel über GeReNet.Wi wurden über die gesamte Laufzeit hinweg in den genannten Printmedien veröffentlicht (siehe Anlage 3 Artikel in Tageszeitungen und in den Rathausnachrichten).

¹² MultiKo: multiprofessionelle Arbeitsgruppe für Kommunikation, Kooperation und Koordination

Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen von Veranstaltungen

Zusätzlich zu den Meldungen in den (über-) örtlichen Zeitungen erhielt die Wiesbadener Bevölkerung bei Veranstaltungen Kenntnis von GeReNet.Wi-Maßnahmen. Die Präsenz von Projektmitarbeiter/-innen an Informations-tischen bot die Möglichkeit mit Bürger/-innen in direkten Kontakt zu treten. So war es beispielsweise möglich, die Premierenausgabe der Wiesbadener Adresskarte (siehe 3.2.2) während der Hessischen Gesundheitstage in persönlichen Gesprächen mit Bürger/-innen vorzustellen. Zur Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen von Veranstaltungen siehe auch Anlage 4.

Radio und Fernsehen

Neben der schriftlichen und der persönlichen Öffentlichkeitsarbeit, boten sich auch Hörfunk und TV als Informationsträger an. Während der Projektlaufzeit wurden mehrere Radiointerviews aufgezeichnet und ausgestrahlt, sowie ein Beitrag in der TV-Sendung Hessenschau (detaillierte Angaben siehe Anlage 5) gesendet.

Fachzeitschriften und Fachzeitungen

GeReNet.Wi unterhielt Kontakte zu Herausgebern und Journalisten von Fachzeitschriften und Fachzeitungen. Zur Information der Fachöffentlichkeit, jedoch auch um die Projektentwicklungen in der Fachöffentlichkeit zur Diskussion zu stellen, leitete GeReNet.Wi eigene Fachartikel an die Presseorgane weiter. Von Journalisten verfasste Fachartikel erschienen nach der Zuleitung von Materialien oder nach Telefoninterviews.

Darüber hinaus erstellte GeReNet.Wi eigene Publikationen, die in der Regel im Eigendruck der Stadt Wiesbaden herausgegeben wurden.

Eine Übersicht der Fachberichte befindet sich in der Anlage (siehe Anlage 6 Fachartikel und Publikationen).

Präsentationen für die Fachöffentlichkeit

Der Transfer von Projektergebnissen in die Fachöffentlichkeit hinein erfolgte einerseits durch Artikel in Fachzeitschriften und Fachzeitungen, andererseits durch Präsentationen während überörtlicher Fachveranstaltungen. Gerade der letzt genannte Weg der Berichterstattung war für das Projektteam von hohem Nutzen, da die Projekterfahrungen mit Experten aus unterschiedlichen Kontexten und vielen Einrichtungen direkt diskutiert werden konnten. Hieraus ergaben sich neue Impulse für die weitere Projektarbeit (zu diesem Punkt siehe Anlage 7).

Virtueller Netzwerkbrief

Der Ausbau und die Pflege von Netzwerken erfordert permanente Informationsübermittlung, um die große Anzahl der Involvierten vor Ort, aber auch überörtliche Interessierte auf annähernd gleichen Kenntnisstand zu bringen bzw. sie in Vorhaben einzubinden. Lange Zeit suchte das Projektbüro nach einer geeigneten Form des Informationstransfers. In der ersten Jahreshälfte 2005 wurde damit begonnen, E-Mail-Verteiler anzulegen, ein Konzept für einen virtuellen Netzwerkbrief zu entwickeln und Themen dafür zusammenzustellen. Der erste Netzwerkbrief konnte im Juli 2005 versandt werden. Weitere Netzwerkbriefe erschienen 3-4 x jährlich in 2005, 2006 und 2007. Der Verteiler, der die örtlichen Kooperationspartner (Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter, mobile Pflege- und Hauswirtschaftsdienste, Projektbeirat, Ärzte, Therapeuten, Kliniken, Seniorenbeirat), sowie Interessierte auf örtlicher und überörtlicher Ebene (z. B. Altenhilfeplaner Hessen) umfasst, wird ständig aktualisiert, da immer wieder Anmeldungen zur Aufnahme in den Verteiler aus Wiesbaden, aber auch aus vielen anderen Regionen Deutschlands eingehen. Die Rückmeldungen von Empfängern des Netzwerkbriefs zeigen, dass GeReNet.Wi hiermit auf einem guten Weg ist. Der virtuelle Netzwerkbrief wird auch über die Projektphase hinaus erscheinen. Im Vergleich zum Versand aktueller Netzwerkinformationen per Post ist die elektronische Versandform wesentlich effektiver, schneller, kostengünstiger und erfordert einen geringeren Organisationsaufwand.

Internet und Intranet

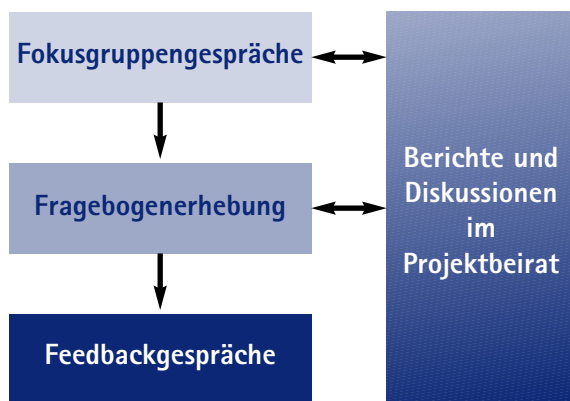
Das Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation war und ist auf den Homepages des Instituts für Gerontologie (IfG) www.gero.uni-heidelberg.de und der Stadt Wiesbaden www.wiesbaden.de präsent, sowie im Intranet der Stadt Wiesbaden.

Diplom- und Doktorarbeiten

Projektplanungen, -maßnahmen und -ergebnisse flossen in mehrere Diplomarbeiten ein. Die wissenschaftliche Begleitung des GeReNet.Wi wird in ihrer Dissertation neue Untersuchungsergebnisse aufarbeiten.

Um eine bessere Grundlage für die Maßnahmenplanung zu erhalten, führte das Institut für Gerontologie eine Studie zur Versorgung geriatrischer Patienten nach stationärem Aufenthalt durch. Ziel dieser Studie¹³, die im kommunalen Auftrag durchgeführt wurde, war es, das bestehende Versorgungssystem für die Zielgruppe geriatrischer Patienten (Alter über 60 Jahre, Multimorbidität, Einschränkungen in den Alltagsfunktionen) zu beschreiben, bestehende Probleme und ggf. Versorgungslücken aufzuzeigen und Vorschläge im Hinblick auf eine Verbesserung der Versorgung zu erarbeiten. Die Studie zur Versorgungsstruktur baute auf einer schriftlichen Befragung aller für die Nachsorge relevanten Berufsgruppen auf und umfasste die Disziplinen Medizin, Pflege, Sozialarbeit und Therapie sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich.

2.1 Evaluationsdesign



Die Untersuchung zur aktuellen Versorgungssituation älterer, hilfsbedürftiger Menschen nach einem Klinikaufenthalt wurde dreistufig angelegt. Zunächst wurde das Problemfeld aus dem Blickwinkel der verschiedenen Akteure dargestellt und die Schwerpunkte der Fragebogenerhebung definiert (Schritt I: Fokusgruppengespräche). Danach wurde die Fragebogenerhebung zur Schnittstellenanalyse durchgeführt (Schritt II). In den Feedbackgesprächen (Schritt III) wurden die für die einzelnen Berufsgruppen und Institutionen relevanten Ergebnisse dargestellt und diskutiert. Der gesamte Prozess war begleitet von Berichten und Diskussionen in den Projektbeiratssitzungen.

2.2 Fokusgruppengespräche

Um in der Konzeptionsphase die Projektmaßnahmenplanung aus dem Blickwinkel der unterschiedlichen Berufsgruppen / Institutionen zu betrachten und einen intensiven Austausch zwischen Projektbüro und den Vertreter/-innen der Berufsgruppen / Institutionen zu ermöglichen, beschloss die Vollversammlung in ihrer Projektbeiratssitzung am 18. November 2004, dass Fokusgruppen eingerichtet werden. Im November 2004 vereinbarte das Projektbüro mit den Beiräten die Durchführung von Fokusgruppengesprächen. Die Fokusgruppen waren Kleingruppen, die aus Vertretern einzelner Professionen des Projektbeirats und dem Projektbüro bestanden. Diese Entscheidung wurde unter zwei Gesichtspunkten getroffen: Erstens, der Projektbeirat war und ist ein großes und heterogenes Gremium, in dem fachgruppenspezifische Perspektiven – insbesondere bei der Planung der Projektmaßnahmen – nicht genügend Zeit und Raum erhalten können. Zweitens ermöglichten die Fokusgruppen dem Projektteam und Vertretern der Professionen / Institutionen die Perspektiven des begonnenen Projektes aus der jeweiligen Berufsgruppensicht intensiv zu beleuchten.

Folgende Fokusgruppengespräche wurden durchgeführt am
13. Dezember 2004 mit den Vertreter/-innen der Berufsgruppe der **Therapeuten**,
13. Dezember 2004 mit den Vertretern der **geriatrischen Kliniken**,
14. Januar 2005 mit Vertreter/-innen der **Krankenhausesozialdienste**,
19. Januar 2005 mit Vertreter/-innen der **Pflegedienste**,
02. Februar 2005 mit Vertreter/-innen der **Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter**,
02. Februar 2005 mit dem Vertreter der **Hausärzte**,
09. Februar 2005 mit den Vertretern des **MDK** und der **Kassen** und am 27. Juli 2005 mit den Chefärzten der **geriatrischen Kliniken** (Asklepios Paulinen Klinik und Geriatrische Klinik am Katharinenstift).

Außerdem erhielt das Projektteam die Gelegenheit mit Frau Dr. Marx und Herr Dr. Schardt (**Hessisches Sozialministerium**) die Perspektiven des Projektes und die Maßnahmen zu besprechen.

Die Meinungsbilder in den Fokusgruppengesprächen waren ausgesprochen vielfältig. Zur Strukturierung der Unterredungen und Ergebnisse bildeten das Projektteam folgende Themengruppen:

¹³ Schönemann, P. (2006). Der Bericht wurde im November 2006 veröffentlicht. Er stellt die Ergebnisse der schriftlich-postalischen Befragung dar, beschreibt den Handlungsbedarf und präsentiert die Empfehlungen für das künftige Vorgehen. Er bildet somit eine wichtige Grundlage für die weitere Netzwerkarbeit in den nächsten Jahren. Er kann über sozialplanung@wiesbaden.de bestellt werden.

- GeReNet-Instrumente (bereits bestehende Instrumente und Verfahren aus GeReNet I),
- Screening / Assessment (Entwicklung neuer Instrumente und Verfahren),
- Verbesserung der Kommunikation / Netzwerkbildung (alle Beiträge, die die Förderung von vernetzten Strukturen betreffen),
- institutionelle Lösungsansätze (neue Angebotsformen),
- Qualifizierung (Fortbildung, Schulung),
- niederschwellige Angebote zur Sicherung der Rehabilitationserfolge.

In der Projektbeiratssitzung im Februar 2005 wurden die Ergebnisse der Gespräche dargestellt und Vereinbarungen zum weiteren Vorgehen getroffen. Es bildeten sich folgende Schwerpunkte: stärkere Einbeziehung der Akutkliniken, Vorbereitung und Entwicklung von Vorgehensweisen, um systematisch geriatrische Behandlungs- und Rehabilitationspotenziale in Akutkliniken zu prüfen, Einbeziehung des Projektbüros in Fortbildungen der ärztlichen Qualitätszirkel, Verbesserung der Kommunikationsstrukturen im Netzwerk, Entwicklung von lokalen Zirkeln und Erstellung bzw. Verbreitung von Adresslisten der Dienste und Einrichtungen Wiesbadens.

Neben der Fokussierung des Themas Nachsorge unter Einbezug der verschiedenen Perspektiven dienten die Treffen vor allem dazu, die Befragung der an der Nachsorge älterer, hilfsbedürftiger Menschen beteiligten Disziplinen vorzubereiten. Die verschiedenen Problembereiche konnten identifiziert werden und flossen in die Fragebogenentwicklung ein. Auch die Erhebungsmodalitäten wurden abgestimmt.

2.3 Schnittstellenuntersuchung

Zwischen April und Juli 2005 wurde die schriftlich-postalische Fragebogenerhebung durchgeführt, in der alle für die geriatrische Nachsorge relevanten Berufsgruppen der Bereiche Medizin, Pflege, Sozialarbeit und Therapie befragt wurden – sowohl im stationären, als auch im ambulanten, also nachstationären Kontext.

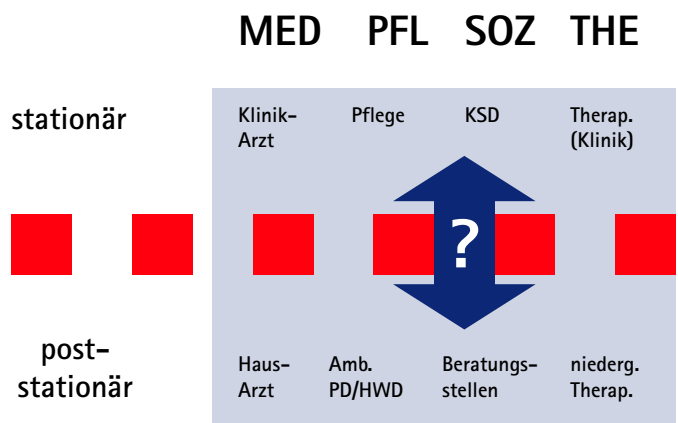
2.3.1 Methodik

Erhebungsdesign

In die Untersuchungen wurden drei Akutkrankenhäuser und beide geriatrischen Fachkliniken vor Ort einbezogen. Pro Klinikabteilung (es wurden 21 Abteilungen mit einem ange-

nommenen hohen Anteil geriatrischer Patienten ausgewählt) konnte je Profession ein Fragebogen ausgefüllt werden. Im ambulanten Bereich erhielten 20 Vertreter des hausärztlichen Qualitätszirkels der KV Hessen, alle Pflegedienste und Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter sowie alle Wiesbadener Praxen der Fachrichtungen Ergotherapie, Physiotherapie und Logopädie einen Fragebogen. Da der Bereich der stationären Pflege eine besondere Rolle in der geriatrischen Versorgung nach Krankenhausaufenthalt spielt, wurden zusätzlich 20 stationäre Pflegeeinrichtungen Wiesbadens befragt.

Die Grundlage der zehn unterschiedlichen Fragebogenversionen bildeten die Erfahrungen aus den Fokusgruppengesprächen, in denen die Positionen der einzelnen Berufsgruppen im Entlassungs- bzw. Nachsorgeprozess genau definiert und spezifische Problembereiche herausgefiltert wurden.



Untersuchungsbereiche

Neben einrichtungsbezogenen Angaben wie Anzahl und Qualifikation der Mitarbeiter und Daten über die in der Einrichtung versorgten geriatrischen Patienten bzw. Klienten wurde ein besonderes Augenmerk auf die Kommunikation und Kooperation in der Klinik gelegt. Hier wurde die Rolle des Krankenhaussozialdienstes im Entlassungsprozess, die klinikinterne Kommunikation sowie das Verfahren zur Einschaltung der nachsorgenden Berufe erhoben. Einen weiteren Schwerpunkt bildete die Darstellung der Entlassungsplanung, die Beschreibung der Hauptaufgaben der einzelnen Berufsgruppen, die Festlegung und Kommunikation des Entlassungszeitpunktes und die Frage, inwieweit die Überprüfung von Rehabilitationsbedarfen eine Rolle bei der Entlassung geriatrischer Patienten spielt. Es wurde erfragt, welche Folgen der Fallpauschalen wahrgenommen werden. Ein weiterer Schwerpunkt war die Kooperation mit dem nachsorgenden Bereich und die Frage, welche Informationen wie an wen weitergegeben werden. Es folgte eine Bewertung (anhand von

Analyse der aktuellen Versorgungssituation älterer, hilfsbedürftiger Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt in Wiesbaden

Schulnoten) der Entlassungs- und Nachsorgequalität in Wiesbaden. Jede Berufsgruppe wurde weiterhin bezüglich ihrer Zufriedenheit mit der Kooperation aller anderen Akteure im Krankenhaus und im ambulanten Bereich gefragt. Zu jedem Thema konnten Optimierungsmaßnahmen genannt und Wünsche / Anregungen, die an die Kommune gerichtet sind, mitgeteilt werden.

Stichprobe

Die Teilnahmebereitschaft fiel im ambulanten Bereich sehr heterogen aus: hier antworteten zwischen 17 % bei den niedergelassenen Therapeuten und 100 % bei den Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter. Im Krankenhausbereich war eine außergewöhnlich hohe Teilnahmebereitschaft zu verzeichnen, denn 76 % der befragten Abteilungen haben Fragebögen an das Institut für Gerontologie gesandt.

Insgesamt konnten durch die Befragung Daten von über 132 der 271 ausgewählten Klinikabteilungen, Einrichtungen, Praxen und Dienste im Nachsorgebereich Wiesbadens gewonnen werden. Die Gesamtrücklaufquote war mit 49 % sehr zufrieden stellend und spricht für eine hohe Aussagekraft der Ergebnisse.

erwartet wurden. Wir stellten allen Berufsgruppen die Frage, ob und in wieweit sich der Entlassungsprozess bei geriatrischen Patienten verändert habe.

Wie in der Abbildung auf Seite 12 dargestellt, spürten die verschiedenen Berufsgruppen sehr unterschiedliche Auswirkungen für ihre Patienten bzw. Klienten: Die Angaben schwankten zwischen 10 % bei den niedergelassenen Therapeuten und 100 % bei den Beratungsstellen. Erstaunlich ist, dass Ärzte und Pflegepersonen weniger Veränderungen wahrnahmen als die Sozialarbeiter. Die Folgen der DRGs wurden demnach weniger rein medizinisch oder pflegerischer Art als vielmehr bei der Koordinationsarbeit festgestellt.

Zu den Veränderungsinhalten: Die DRGs sollen zu einer kürzeren Verweildauer der Patienten in den Kliniken führen – und tun dies offensichtlich. Probleme wurden sowohl auf der individuellen, als auch auf der strukturellen Ebene wahrgenommen. Aufgrund der verkürzten Liegezeiten sei die Rekonvaleszenz gerade bei geriatrischen Patienten vielfach noch nicht abgeschlossen und die Patienten würden mit einem schlechteren Allgemeinzustand aus dem Krankenhaus entlassen. Häufig sei – aufgrund des hohen Zeitdrucks – die Versorgung des Patienten zu Hause noch nicht geregelt, die Menschen fühlten sich „abgeschoben“ und die Angehörigen kämen zunehmend „unter Druck“.

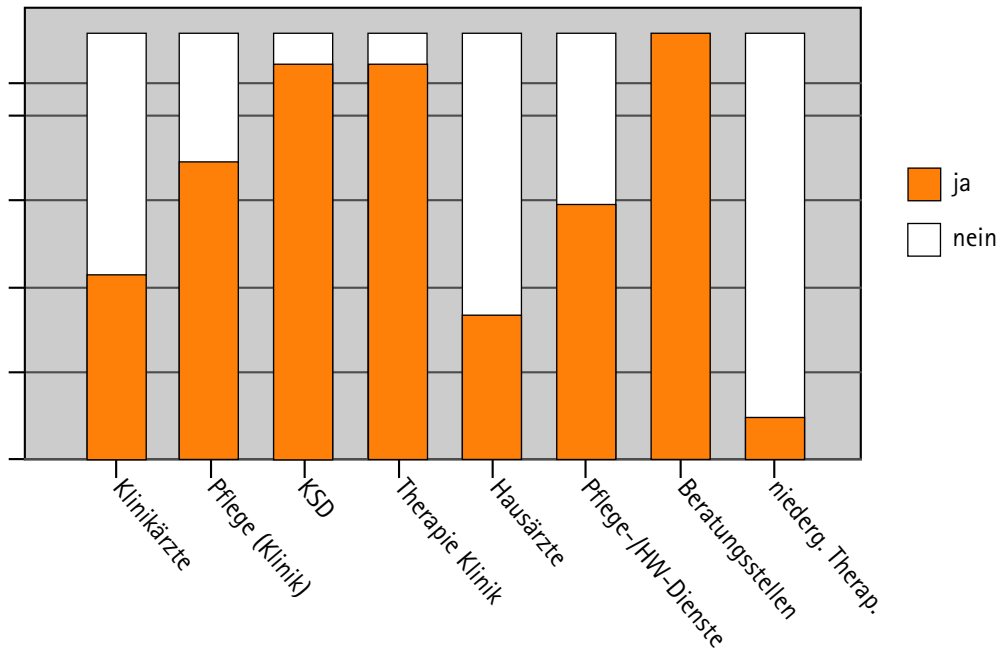
	Anvisierte Stichprobe	Realisierte Stichprobe	Rücklauf-Quote
Klinikärzte / Geriater	21	15 (16 Abt.)	76 %
Pflegekräfte im Krankenhaus	21	17	81 %
Krankenhausesozialdienste	21	12 (18 Abt.)	90 %
Kliniktherapeuten	21	13	62 %
niedergelassene Ärzte	28	18	64 %
ambulante Pflegedienste	35	14	40 %
Hauswirtschaftsdienste	38	9	24 %
Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter	8	8	100 %
niedergelassene Therapeuten	58	10	17 %
Heimleiter	20	8 (9)	45 %
Summe	271	124(132 Abt.)	49 %

2.3.2 Untersuchungsergebnisse

DRGs und deren Folgen

Eine gravierende Neuerung in 2004 war die Einführung der Fallpauschalen in Krankenhäusern, deren Folgen aufgrund multimodaler Handlungsbedarfe bei älteren, hilfsbedürftigen Patienten über den rein medizinischen Bereich hinaus

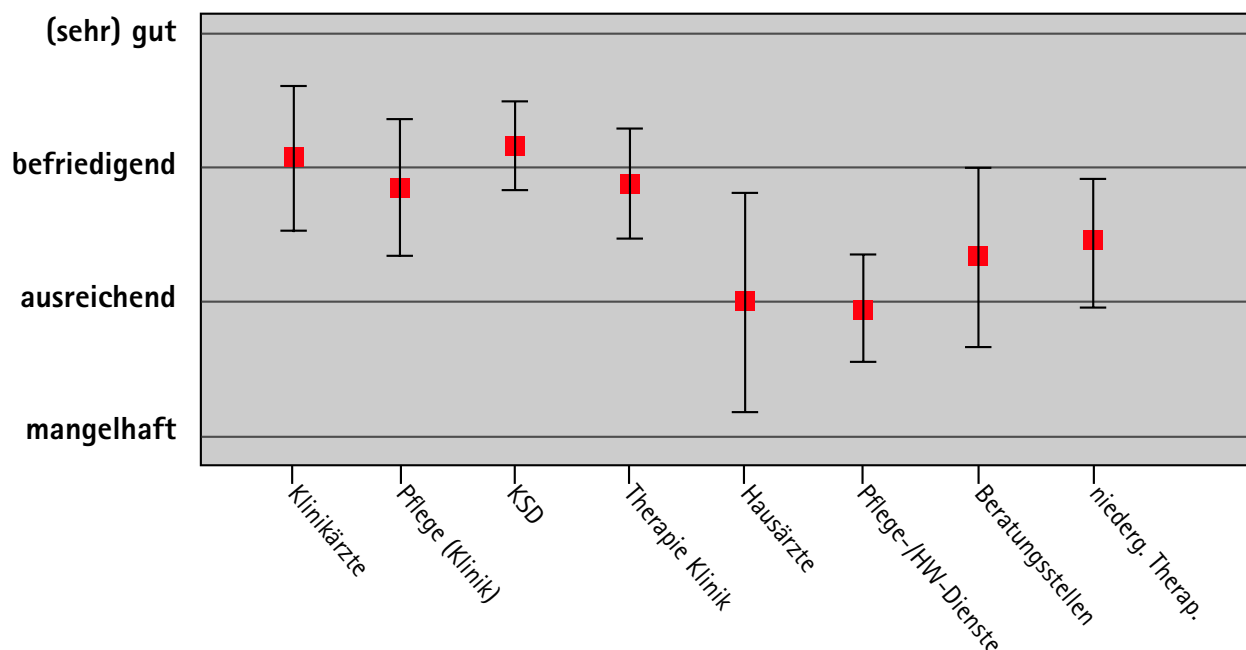
Auf der strukturellen Ebene wurden folgende Veränderungen genannt: Da die Entlassung häufig mit einer ungeklärten Versorgungslage einhergeht, werden die Patienten immer öfter zunächst in eine weitere Einrichtung (Kurzzeitpflege oder Rehabilitation) entlassen. Häufig seien die Entlassungen durch die Durchführung eines geriatrischen Konsils zusätzlich verzögert, da die Zeitkapazitäten der Geriater offensichtlich nicht immer ausreichten.



Als weiterer Problembereich wurde das „Outsourcing“ des Entlassungsmanagements genannt. Das Auslagern des Sozialdienstes aus dem Klinikbetrieb an private Dienste erschwere die Kommunikation und Kooperation in der Nachsorge. So nähmen Mitarbeiter der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter eine immer geringer werdende Kooperation der Akuthäuser mit den Beratungsstellen wahr. Die Entlassungen gingen zunehmend „am Krankenhaussozialdienst und ihnen vorbei“. Ein weiteres Problem ergäbe sich durch die Veränderung bestehender Pflegearrangements während eines Klinikaufenthaltes, was die Versorgungskontinuität der Patienten massiv beeinträchtigt.

Bewertung der lokalen Versorgungslage

Mit der Frage „Wie bewerten Sie die **Entlassungs- und Nachsorgequalität** für geriatrische Patienten in Wiesbaden?“ wurde eine globale Einschätzung der lokalen Versorgungslage erhoben. In der folgenden Abbildung sind die Mittelwerte und Standardabweichungen (Streuungsmaß) der vergebenen Noten für jede Berufsgruppe aufgeführt. Zwischen der Bewertung des stationären (Mittelwert $3,0 \pm 0,8$) und des ambulanten Bereichs (Mittelwert $2,1 \pm 0,9$) zeigte sich ein signifikanter Unterschied ($p \leq 0,001$): die Akteure des niedergelassenen Bereichs schätzten die lokale Situation um fast eine Note schlechter ein als die Mitarbeiter in den Krankenhäusern.



Verbesserungsvorschläge für den Entlassungsprozess

Verbesserungsvorschläge bezogen sich auf die Optimierung des Kommunikationsflusses, wobei hier die Festlegung von Ansprechpartnern und Zuständigkeiten in den Kliniken und eine zeitnahe Weitergabe versorgungsrelevanter Informationen (Medikamente, PEG, Hilfsmittelverordnungen) an das nachsorgende System als wünschenswerte Maßnahmen genannt wurden. Das Zitat einer niedergelassenen Pflegekraft illustriert dieses Problem deutlich: „Die derzeitige Regelung in einigen Krankenhäusern sieht so aus, dass die Krankenschwester von der Station und der Sozialdienst jeweils unabhängig von einander anrufen und unterschiedliche Termine durchgeben, so dass es für uns i. d. R. völlig unklar ist, wann der Patient überhaupt entlassen wird. [...] Ca. 50% unserer letzten Neuaufnahmen liefen so ab, dass der Patient zu Hause abgesetzt wurde und überhaupt keine weitere Versorgung geregelt war, bis uns dann irgendwann Angehörige alarmiert haben und sofort Hilfe benötigten“.

Kommunikation Entlassungszeitpunkt

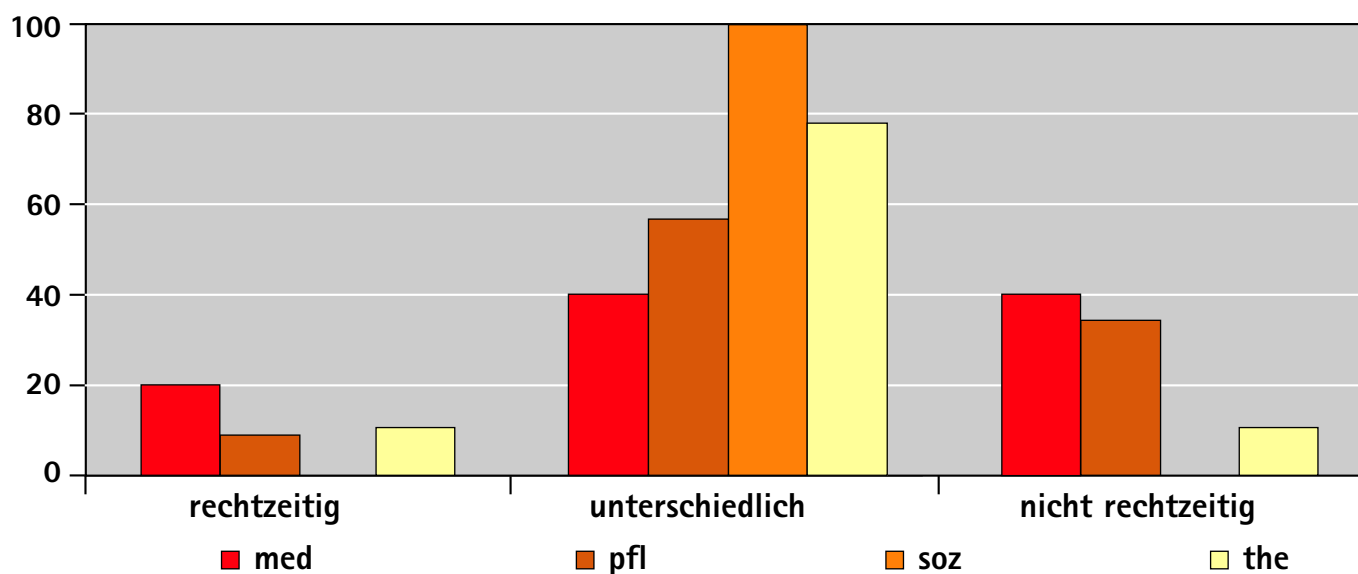
Eine weitere Forderung bezüglich des Kommunikationsflusses betraf die frühzeitige Weitergabe des Entlassungszeitpunkts. 86% der befragten Klinikmitarbeiter gaben an, der Entlassungstag werde mindestens zwei Tage zuvor festgelegt – 13,7% sagten, im Allgemeinen würde der Termin

erst einen Tag vor Entlassung feststehen. Keiner der Befragten gab an, es würde erst am Entlassungstag selbst entschieden. In den geriatrischen Fachkliniken wird das Datum grundsätzlich zwei Tage vor Entlassung festgelegt, so die Mitarbeiter.

Die ambulanten Berufsgruppen (n = 59) wurden gefragt, ob der Entlassungszeitpunkt aus ihrer Sicht dem Patienten und seinen Angehörigen rechtzeitig mitgeteilt würde.

Wie die Grafik zeigt, gaben 9% der Befragten an, rechtzeitig in den Entlassungsprozess eingeschaltet zu werden. 24% meinten dagegen, nicht rechtzeitig informiert zu werden – d. h. in einem Viertel der Fälle würden die nachsorgenden Einrichtungen ihres Erachtens zu spät informiert! Der überwiegende Teil (67%) konstatierte unterschiedlich früh informiert zu werden. Auf die Frage hin, wovon diese Unterschiede abhingen war fast durchgängig die Antwort – dies sei abhängig vom jeweiligen Krankenhaus bzw. dem Sozialdienst.

Als zweiter optimierbarer Bereich wurde die Versorgungskontinuität angesprochen. Hier gab es die Anregung, Krankenkassenanträge für Hilfen und Hilfsmittel vor der Entlassung zu stellen, keine Wechsel der Pflege- und Versorgungsarrangements vorzunehmen und die Kapazitätsprobleme des geriatrischen Konsils bzw. der geriatrischen Fachkliniken anzugehen.



Bewertung der Zusammenarbeit aus Sicht der Pflegeheime

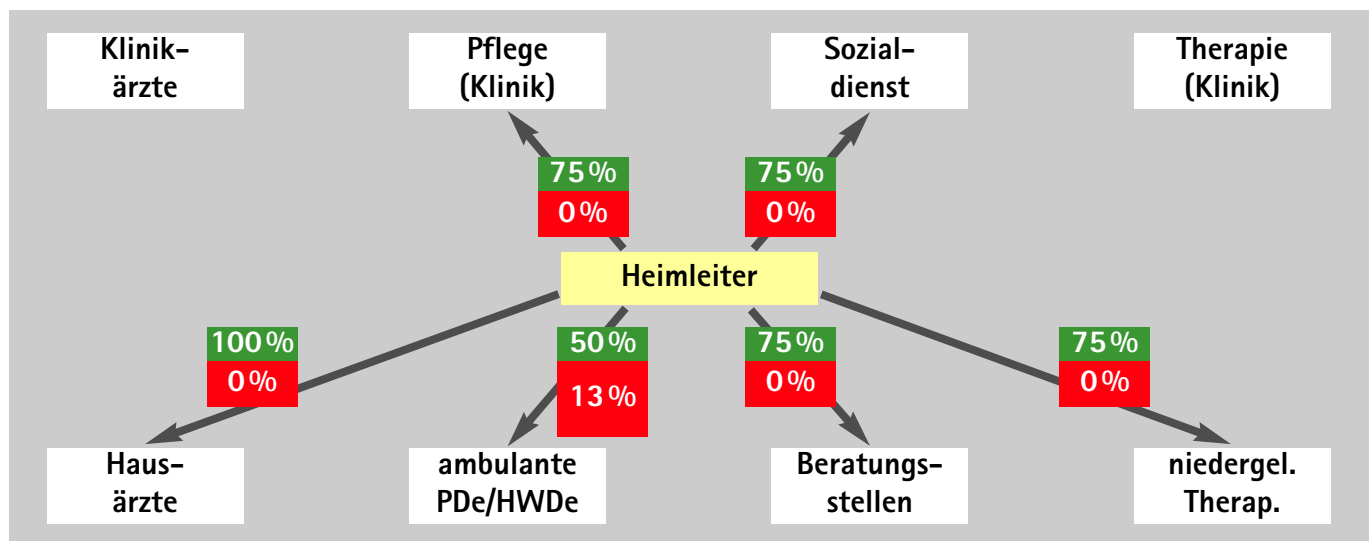
Die Zufriedenheit der Berufsgruppen mit der Zusammenarbeit untereinander war ein weiteres Thema der Erhebung. In den folgenden Abbildungen sind die von den Mitarbeitern der Krankenhäuser abgegebenen Bewertungen dargestellt. Abgebildet sind diejenigen Beziehungen, die von mindestens 50% der Befragten als gut oder schlecht bewertet wurden. D. h. alle Beziehungen, die von mehr als der Hälfte nicht positiv oder negativ beurteilt wurden, sind in den weiteren Ausführungen nicht aufgeführt, da angenommen wird, dass diese Kooperationsbeziehungen für die Nachsorge geriatrischer Patienten als nicht relevant gewertet wurden. Die fehlenden Prozente sind keine oder „weiß nicht“ – Antworten, d. h. keine eindeutigen Bewertungen.

In der nachfolgenden Abbildung ist die Kooperationsqualität mit Akteuren der Kliniken und der Nachsorge aus Sicht der befragten Heimleiter dargestellt.

Obwohl die Bewertung der Zusammenarbeit mit den Kliniken (hier wurden v. a. Pflege und Krankenhaussozial-

dienste als wichtige Ansprechpartner der Heime deutlich) und dem Nachsorgesystem überwiegend positiv beurteilt worden war, wurden doch zahlreiche Verbesserungsvorschläge angeführt. Diese bezogen sich auf eine bessere Überleitung vom Krankenhaus ins Pflegeheim durch die Nutzung einheitlicher Überleitungsbögen, die Festlegung eines Ansprechpartners in der Klinik sowie die Einstellung einer Überleitungsfachkraft. Ein weiterer Punkt war die Vermeidung von Versorgungsbrüchen durch die Mitgabe verordneter Medikamente und Rezepte sowie die Vermeidung von Entlassungen am Wochenende bzw. freitags nach 12 Uhr. Es wurde zudem die Nutzung der Kurzzeitpflege angeregt.

Weiterhin schlug man die Moderation einer AG aller beteiligten Berufsgruppen vor und eine bessere Beratung / Aufklärung der Angehörigen bezüglich finanzieller Anforderungen. Weitere Vorschläge bezogen sich auf die Einführung von Eilanträgen bei den Vormundschaftsgerichten und Pflegekassen (ambulanter Bereich).



Kooperation aus Sicht der Krankenhäuser

Die folgende Darstellung zeigt die Schnittstelle zwischen den Berufsgruppen im Krankenhaus (obere Reihe) und den entsprechenden Vertretern der jeweiligen Disziplinen im niedergelassenen Sektor (unten).

Die Klinikärzte gaben als wichtige Kooperationspartner im ambulanten Bereich nur die Hausärzte an und waren zu 79% mit dieser Kooperation zufrieden, kein Arzt gab an (eher) unzufrieden zu sein. Bemerkenswert ist, dass sich über 90% der Ärzte der Akutkliniken nicht zu der Kooperation mit den Beratungsstellen äußerten, jedoch alle Klinikgeriater angaben, mit der Zusammenarbeit mit den Beratungsstellen (eher) zufrieden zu sein.

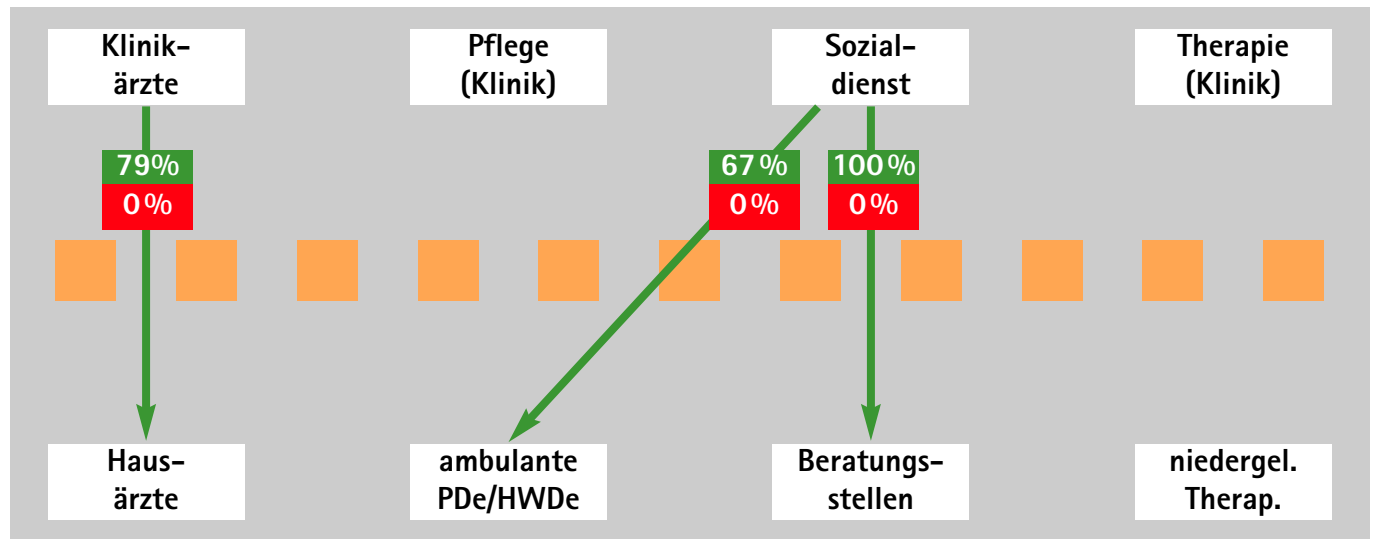
Erstaunlicherweise bewerteten die Pflegemitarbeiter in den Kliniken keine Berufsgruppe im ambulanten Bereich als wichtigen Kooperationspartner. Von Seiten des Krankenhaussozialdienstes wurden sowohl ambulante Pflege-/Hauswirtschaftsdienste als auch die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter als wichtige und geschätzte Partner bezeichnet.

Die Optimierungsvorschläge der Klinikmitarbeiter bezogen sich erstens auf die Themen Patientenübergabe /-entlassung (hier wurden gemeinsame Entlassungsgespräche sowie direkte und standardisierte Pflegeübergaben gefordert), zweitens die Erleichterung der Patientenübernahmen durch mehr „Nachsorgeeinrichtungen“ zwischen Klinik und Heim (d. h. Kurzzeitpflege, Rehabilitationseinrichtungen,

Analyse der aktuellen Versorgungssituation älterer, hilfsbedürftiger Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt in Wiesbaden

Geriatric) und eine schnellere und regelmäßige Möglichkeit des Geriatrischen Konsils. Drittens wurde der Aufbau von Kooperationsstrukturen stationär - ambulant gefördert. Dies solle durch die Initiierung lokaler Foren, „Runder Tische“, gemeinsame Fortbildungsveranstaltungen und

Hospitationen gefördert werden. Ein vierter Punkt war die Qualifizierung in den Bereichen Geriatrie (v. a. Medizin und ambulante Pflege), Wundnachversorgung (ambulanter Bereich) und Angehörigenberatung.



Kooperation aus Sicht der Nachsorge

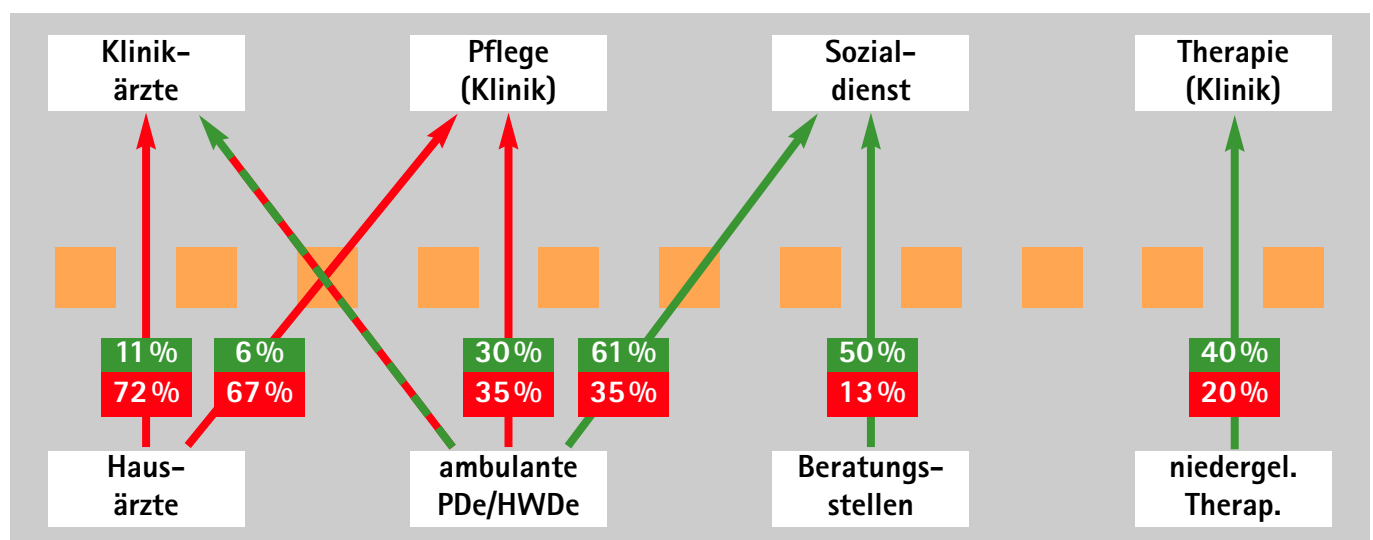
Aus nachstationärer Sicht stellte sich die Bewertung der Zusammenarbeit über die Schnittstelle hinweg als deutlich differenzierter dar, wie folgende Abbildung zeigt.

Die niedergelassenen Ärzte nannten als ihre Kooperationspartner im stationären Bereich Klinikärzte und Pflegepersonal. Mit beiden Berufsgruppen sei die Zusammenarbeit nach ihren Aussagen jedoch insgesamt nicht zufrieden stellend.

Die ambulanten Pflegedienste zeigten sich mit der Zusammenarbeit mit ihren Kollegen im Krankenhausbereich

ebenfalls nicht durchgängig zufrieden. Denn während sie die Beziehung zu den Geriatern als überwiegend positiv bewerteten, wurde die Kooperation zu den Ärzten in den Akutkliniken mehrheitlich als nicht zufrieden stellend bezeichnet (gestreifter Pfeil). Die Krankenhaussozialdienste wurden überwiegend als zufrieden stellende Kooperationspartner gewertet – dies entsprach auch der Sicht der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter. Die niedergelassenen Therapeuten schienen mit ihren Klinikkollegen insgesamt zufrieden zu sein.

Bemerkenswert waren außerdem folgende Ergebnisse: Während die Kooperationsbeziehung aus Sicht der Kranken-



hausärzte zufrieden stellend gewertet wurde, sahen die Hausärzte deutlichen Optimierungsbedarf mit den Mediziner*innen im Krankenhaus.

Die Klinikpflege gab überhaupt keine für sie wichtigen Kooperationspartner im ambulanten Bereich an. Gleichwohl wurde sie von den Pflegediensten als Kooperationspartner wahrgenommen – die Zusammenarbeit wurde allerdings eher negativ eingeschätzt.

Die Klinikpflege nannte keine für sie wichtigen Kooperationspartner im ambulanten Bereich. Gleichwohl wurde sie von den Pflegediensten als Kooperationspartner wahrgenommen – die Zusammenarbeit schätzten die Mitarbeiter allerdings eher negativ ein.

Die Kooperationsachse, die von beiden Seiten als positiv wahrgenommen wurde, war die der Sozialarbeiter: Alle Krankenhaussozialdienste schätzten die Arbeit mit den Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter als zufrieden stellend ein, und auch umgekehrt wurde die Zusammenarbeit überwiegend als positiv bewertet. Verbesserungsvorschläge aus dem ambulanten Bereich betrafen erstens eine Verbesserung der Kooperation mit dem Klinikbereich durch (finanzierte) Kontakte vor einer Entlassung, rechtzeitige Informationen der nachsorgenden Berufe sowie eine standardisierte Pflegeüberleitung.

Vorschläge zur Realisierung dieses Ziels waren: Fortbildung der Hausärzte zu Angeboten in der ambulanten Versorgung, standardisierter Grunddatenaustausch zwischen den Diensten und Einrichtungen der Nachsorge, Kooperation / Moderation in der Nachsorge sowie die Erstellung eines Adressblatts mit Ansprechpartnern.

Ebenso wurden Vorschläge zur Optimierung der Versorgung im ambulanten Bereich unterbreitet. Konkret waren dies eine geregelte Prüfung von Rehabilitationsbedarfen und häufigere Verordnung von Rehabilitationsmaßnahmen im ambulanten Bereich, die Einführung von Eilbegutachtung im ambulanten Bereich, den Einsatz vorheriger Pflegedienste, eine bessere Information / Beratung der Angehörigen sowie die Vereinfachung und Vereinheitlichung der Verordnungsgenehmigungen.

2.3.3 Zusammenfassung der Analyseergebnisse und Ausblick

Vor dem Hintergrund der Ergebnisse der Schnittstellenuntersuchung im Rahmen des Wiesbadener Netzwerks für

geriatrische Rehabilitation ließen sich differenziertere Aussagen bezüglich der Versorgungssituation geriatrischer Patienten nach dem Krankenhausaufenthalt treffen.

Zunächst zeigte sich, dass die Folgen der Einführung der Fallpauschalen überwiegend im Bereich der Koordinationsarbeit wahrgenommen wurden. Medizinische und pflegerische Berufsgruppen spürten deutlich weniger Veränderungen in ihrer Arbeit als Sozial- und Altenarbeit.

Im nachsorgenden Sektor wurde die lokale Versorgungssituation in der Nachsorge signifikant schlechter eingeschätzt als im abgebenden System Krankenhaus. Optimierungspotenziale sah man vor allem in den Bereichen Kommunikation und Versorgungskontinuität.

Die Zusammenarbeit bei der Entlassung und Nachsorge geriatrischer Patienten wurde von Krankenhaus und stationärem Sektor unterschiedlich wahrgenommen. Die Analyse der Arbeitsbeziehungen gab jedoch auch vielfältige Hinweise auf verbesserungsfähige Arbeitsbeziehungen zwischen ambulantem und stationärem Bereich.

Ausblick

Im Rahmen der Feedbackgespräche wurden die Analyseergebnisse in unterschiedlichsten Gremien gespiegelt und diskutiert, und zwar zum einen die Ergebnisse der eigenen Berufsgruppe (Selbstbeurteilung) und zum anderen die Wahrnehmung der eigenen Arbeit durch die anderen Disziplinen (Fremdeinschätzung). Mit den Feedbackgesprächen wurden den verschiedenen Disziplinen Kooperationsbereiche mit Verbesserungspotenzial verdeutlicht aber auf der anderen Seite auch die Aussagen in der Erhebung validiert.

2.4 Feedbackgespräche zur Spiegelung der Analyseergebnisse

Um die Ergebnisse der Schnittstellenuntersuchung an die befragten Akteure in Altenhilfe und Gesundheitswesen zurück zu melden, wurden detaillierte Auswertungen vorgenommen und im Rahmen von Feedbackgesprächen in den unterschiedlichsten Gremien gespiegelt.

Nachdem bereits im November 2005 die erste Rückmeldung im „Gemeinsamen Team“ der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter gegeben wurde, konnten in 2006 neun weitere Feedbackgespräche stattfinden:

30. Januar 2006: AG mobile Dienste, 17 Teilnehmer/-innen von 10 Diensten

15. März 2006: Dr. Horst Schmidt Klinik (Pflegekonferenz), 45 Teilnehmer/-innen

23. März 2006: private ambulante Pflegedienste, 5 Teilnehmer/-innen von 3 Diensten

04. April 2006: Asklepios Paulinen Klinik (Stationsleitungskonferenz), 17 Teilnehmer/-innen

11. Mai 2006: Heimleiter, 7 Teilnehmer/-innen aus 6 Heimen

11. Mai 2006: FBG „Freier Qualitätszirkel“ niedergelassener Ärzte, 5 Teilnehmer/-innen aus 5 Praxen

23. Mai 2006: „AQUA 91 – Qualitätsmanagement Hausärzte“, 11 Teilnehmer/-innen aus 10 Praxen

06. Juni 2006: St. Josefs-Hospital, 10 Teilnehmer/-innen

25. September 2006: Qualitätszirkel Palliativmedizin, 15 Teilnehmer/-innen aus 10 Einrichtungen.

2.5 Empfehlungen zur weiteren Vorgehensweise

Auf Grundlage der Analysenergebnisse wurden zentrale Handlungsempfehlungen für die weitere Maßnahmenbildung im Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation formuliert.

2.5.1 Empfehlung 1: Schaffung von Strukturen, die die Position des Sozialdienstes in der Klinik stärken und dessen spezifische Kompetenz deutlicher zur Geltung bringen

Der Krankenhaussozialdienst besitzt eine zentrale Funktion im Entlassungsmanagement älterer Menschen – insbesondere dann, wenn ein komplexer, multimodaler Nachsorgebedarf zu erwarten ist. Bedingt durch die Einführung der Fallpauschalen in den Krankenhäusern, und damit einer Verkürzung der stationären Verweildauer, gibt es zunehmend Patienten mit poststationärem Pflege- und Unterstützungsbedarf in den Akutkrankenhäusern.

Der Sozialdienst ist zuständig für die Planung der weiteren Versorgung. Häufig muss geklärt werden, ob eine Entlassung nach Hause möglich oder ob Kurzzeitpflege oder stationäre Dauerpflege notwendig ist. Je früher ein Sozialdienst mit einem Fall betraut wird, desto mehr Zeit steht ihm für die Entlassungs- und Nachsorgeplanung zur Verfügung.

Die Einschaltung des Sozialdienstes wird in den Kliniken

und Abteilungen sehr unterschiedlich gehandhabt: Während er in den geriatrischen Abteilungen grundsätzlich bei allen Patienten in die Entlassung involviert ist, geschieht dies in den Allgemeinkrankenhäusern nach unterschiedlichsten Kriterien. So wird beispielsweise in einer Klinik ein intern entwickeltes Screening-Instrument zur Abschätzung des Interventionsbedarfes genutzt; ab einem bestimmten Summenwert wird der Sozialdienst mit dem Fall betraut. Vor dem Hintergrund des zu erwartenden Anstiegs von Patienten mit multimodalem Unterstützungsbedarf ist ein solches Instrument sinnvoll, wenn durch eine größtmögliche Validität die Gefahr des Nicht-Erkennens eines Interventionsbedarfes gering ist.

In anderen Kliniken finden regelmäßige Besprechungen statt, in denen der Sozialdienst seine Aktivitäten mit Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten abstimmt. Die Fallbesprechungen finden i. d. R. ein Mal in der Woche statt, was vor dem Hintergrund der immer kürzeren Aufenthaltsdauern problematisch werden könnte. In die normalerweise täglich stattfindenden Visiten am Patientenbett ist der Sozialdienst zumeist nicht involviert.

So ist es nicht überraschend, dass die Befragung der Sozialarbeiter in den Kliniken auf einen deutlichen Handlungsbedarf hinsichtlich der Einschaltung des Sozialdienstes hin deutet. Weniger als 60% der Befragten gaben uneingeschränkt an, „rechtzeitig“ in den Entlassungsprozess involviert zu werden – über 40% werden demnach nach eigenen Angaben zu spät mit einem Fall betraut.

Grundsätzlich bestehen Möglichkeiten einer direkteren und intensiveren Einbindung des Sozialdienstes in die klinikinterne Patientenversorgung z. B. durch

- a) eine systematische Überprüfung des nachstationären Unterstützungsbedarfes (im Sinne eines Screenings) – möglichst schon bei Aufnahme eines Patienten,
- b) zeitnahes Einschalten des Sozialdienstes im Falle eines erwarteten Interventionsbedarfes,
- c) kontinuierlichen Austausch auf den Stationen, um den aktuellen Versorgungsstand der Patienten rückzumelden. Möglich ist dies in Form regelmäßiger Teambesprechungen und oder der Einführung eines hausinternen Kommunikationssystems via Intranet.

Die Umsetzung solcher Idealstandards fordern eine Sensibilisierung von Pflegekräften und Medizinerinnen für soziale Problemlagen und eine stärkere Einbindung des Sozialdienstes in den Klinikablauf. Die demografische Entwicklung und der damit zu erwartende Anstieg älterer Patienten mit poststationärem Unterstützungsbedarf erfor-

den jedoch schon heute eine höhere Präsenz sozialarbeiterischer Kompetenz auf den Akutstationen und damit verbunden einen besseren Stellenschlüssel der Mitarbeiter.

2.5.2 Empfehlung 2: Verbesserung der Kommunikation an der Schnittstelle von Klinik und Nachsorge-sektor unter drei Aspekten

a) frühere Weitergabe des Entlassungszeitpunktes

Ist ein Patient nach dem Krankenhausaufenthalt auf medizinische und pflegerische Versorgung angewiesen, ist eine frühzeitige Weitergabe des Entlassungszeitpunktes unabdingbar. Im „Expertenstandard Entlassungsmanagement“ des Deutschen Netzwerks zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) wird gefordert, dass die Pflegefachkraft „in Kooperation mit dem Patienten und seinen Angehörigen sowie intern und extern beteiligten Berufsgruppen und Einrichtungen rechtzeitig den voraussichtlichen Entlassungstermin und den Unterstützungsbedarf des Patienten“ abstimmt. Als zeitliche Begrenzung nennen die Experten 24 Stunden vor der Entlassung, in der eine abschließende Überprüfung und bei Bedarf Modifikationen durchgeführt werden sollen.

In der Schnittstellenuntersuchung wurde ein eklatanter Handlungsbedarf hinsichtlich der frühzeitigen Informationsweitergabe sichtbar. Nicht einmal jeder zehnte Akteur im niedergelassenen Bereich gab an, grundsätzlich rechtzeitig in die poststationäre Versorgung eines Patienten eingeschaltet zu werden.

Während es in den geriatrischen Fachkliniken nach Aussage der Mitarbeiter bereits zum Standard gehört, den Entlassungszeitpunkt mindestens zwei Tage vor der Entlassung festzulegen, ist dies in den Allgemeinkrankenhäusern (noch) nicht durchgängig der Fall. Der Forderung einer frühzeitigen Entlassungsplanung stehen zahlreiche Barrieren gegenüber. So verändern oft kurzfristige gesundheitliche Veränderungen den Verlaufsplan und damit auch den Entlassungstermin.

Es ist jedoch unabdingbar, das Bewusstsein auf den Klinikstationen für diese Problematik zu schärfen. Eine rechtzeitige häusliche Versorgung mit Medikamenten oder PEG-Nahrung oder fortlaufende Heilmittelanwendungen sind häufig durch zu kurze Organisationszeiten gefährdet – v. a. dann, wenn eine Entlassung an einem Freitag oder Wochenende erfolgt. Insbesondere bei allein stehenden und immobilen Menschen kann eine Behandlungskontinuität dann gewährleistet werden, wenn das nachsorgende System rechtzeitig durch die Klinik informiert wird. Dabei ist die Festlegung der klinikinternen Zuständigkeit eine organisatorische Grundvoraussetzung.

b) Intensivierung des Informationsflusses

Um die Kontinuität der Versorgung zu gewährleisten ist es notwendig, den Informationsfluss zwischen Klinikmitarbeitern und niedergelassenen Akteuren sicher zu stellen. In der Untersuchung zeigten sich hier deutliche Defizite – insbesondere in den Bereichen Medizin (zwischen Klinikarzt und Hausarzt) und zwischen in der Klinik und ambulant tätigen Pflegekräften.

Der Austausch der Mediziner untereinander ist als sehr gering zu bezeichnen. Ein Drittel aller befragten Klinikärzte konstatierte, keinen regelmäßigen Austausch mit den weiterversorgenden Mediziner zu haben und nur jeder fünfte befragte Hausarzt gab an, überwiegend „rechtzeitig“ in den Entlassungsprozess eines Patienten eingeschaltet zu werden. Hausärzte bemängeln den kaum bestehenden Kontakt zu den Klinikärzten und die oft viel zu spät eintreffenden Informationen, die die medizinische Weiterversorgung ihrer Patienten sichern. Besonders deutlich wirkt sich dieses Problem auf das Thema Medikamentenversorgung aus. Die Mitgabe von Medikamenten aus dem Krankenhaus ist nicht eindeutig geregelt – es besteht eine rechtliche Grauzone. Die frühzeitige Übermittlung der notwendigen Informationen ein bis zwei Tage vor der Entlassung (z. B. via Fax) könnte dieses Problem lösen und auch bei Entlassungen kurz vor oder am Wochenende die medizinische Versorgung sicherstellen.

Ähnliche Defizite werden auch in der Pflege gesehen. Der Austausch, der zwischen Pflegenden im Krankenhaus und der Nachsorge besteht, ist sehr gering. Dies wird sowohl von Klinikseite als auch von Seiten der mobilen Pflege bedauert. Ein intensiverer Kontakt wird z. B. in Form direkter Pflegeübergaben am Patientenbett angeregt, bei denen mindestens ein Mal Pflegekräfte der Klinik und nachsorgende Pflegekräfte gemeinsam am Patienten arbeiten. In einem solchen Rahmen könnte ebenfalls der Forderung nach einer systematischeren Einbindung von Angehörigen in die Überleitung bzw. Angehörigenschulungen nachgekommen werden.

Eine Strategie, die Weitergabe von Informationen zwischen Krankenhaus und Nachsorge zu intensivieren, ist gemeinhin der Einsatz so genannter Überleitungsbögen, in denen Informationen der unterschiedlichsten Disziplinen gesammelt und an die weiter versorgenden Akteure weitergeleitet werden soll. Die Praxis hat jedoch gezeigt, dass kaum eines dieser (zumeist in jedem Projekt neu entwickelten) Instrumente nachhaltig eingesetzt wird. Barrieren sind zum einen ein relativ großer Aufwand, das Instrument vollständig auszufüllen (da Informationen der unterschiedlichsten Disziplinen enthalten sind) und zum anderen unklare Verbreitungswege, da es mehrere potenzielle Einsatz- und Empfangsorte geben kann.

Weitere Ansätze sind so genannte Patientenmappen, in denen der Patient selbst seine Gesundheits- und Versorgungsdokumente sammelt und bei Krankenhausaufenthalt dorthin mitnimmt. Hier ist ein großes Problem (mit möglicherweise ernsthaften Konsequenzen) das der regelmäßigen Aktualisierung der in der Mappe enthaltenen Informationen.

Nach Angaben der in der Schnittstellenuntersuchung befragten Personen ist die größte Barriere hinsichtlich eines regelmäßigen Informationsaustausches die Nicht-Kenntnis des jeweiligen bereits involvierten Akteurs. Eine Verbesserung dieser Problematik wird durch die im Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation im Sommer 2006 eingeführte „Adresskarte“ erhofft. In die Klappkarte, die in einer speziellen Hülle zusammen mit der Krankenversicherungskarte aufbewahrt wird, können die Patienten wichtige Namen und Telefonnummern ihrer Ansprechpartner (Hausarzt, Pflegedienst, Hauswirtschaftsdienst, Beratungsstelle für selbständiges Leben im Alter etc.) eintragen und ggf. mit in die Klinik nehmen. Das unaufwändige Instrument und das unkomplizierte Verfahren versprechen niedrige Hürden in der Anwendungsbereitschaft. Im Gegensatz zu herkömmlichen Überleitungsbögen werden die Akteure von nicht angeforderten Informationen verschont.

Die Sicherung der Versorgungskontinuität nach der Entlassung aus dem Akutkrankenhaus erfordert eine enge Zusammenarbeit der Klinik mit dem Nachsorgebereich. Gemäß den Ergebnissen der Befragung sind die Sozialdienste die einzige Berufsgruppe im Krankenhaus, die regelmäßigen Kontakt zu den nachsorgenden Berufsgruppen unterhält. Insbesondere mit den Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter, die die Aufgabe der Beratung und Koordination der Hilfen im niedergelassenen Bereich weiter führen, besteht ein reger und ausnahmslos positiv bewerteter Kontakt. Vor dem Hintergrund des Ergebnisses, dass die Folgen der Fallpauschalen bei der Entlassung und Nachsorge älterer Menschen überwiegend in einem gesteigerten Kooperations- und Beratungsbedarf liegen, scheint die „sozialarbeiterische Achse“ die stabilste und zuverlässigste Verbindung zwischen Klinik und Nachsorge zu sein.

c) Kontinuierliche Versorgung

Die Forderung nach der Sicherung einer fortlaufenden Versorgung nach Klinikaufenthalt bezieht sich zumeist auf eine lückenlose Medikamenten- und Hilfsmittelversorgung. Ein von Seiten der Hausärzte, Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter und mobilen Pflege-/Hauswirtschaftsdiensten häufig genannter Optimierungsvorschlag bezieht sich auf die Kontinuität in der pflegerischen Versorgung. Der Trend, integrierte Versorgungsangebote zu schaffen,

führt immer mehr dazu, dass die Organisationseinheit Krankenhaus zum Akteur im Nachsorgebereich wird. Wenn eine Klinik mit einem bestimmten Pflegedienst kooperiert, besteht die Gefahr, dass bestehende Versorgungsverträge mit mobilen Diensten bei der Entlassung nicht berücksichtigt und verlängert, sondern stattdessen der eigene Pflegedienst eingesetzt wird.

Die Unterbrechung bestehender Versorgungsarrangements kann zu einer Reihe von negativen Folgen führen. So übernehmen neue, unbekannte Pflegekräfte die Versorgung. Diese müssen sich neu einarbeiten, der Klient muss sich umstellen. Oft können neue Pflegedienste die wohnortnahe Versorgung nicht in dem Maße gewährleisten, da die Strukturen vor Ort nicht bekannt sind.

Ein Wechsel des Pflegedienstes im Krankenhaus kann darüber hinaus zu Konsequenzen für die Versorgung im Bereich der Hauswirtschaft führen. Denn reine Hauswirtschaftsdienste, die z. B. alte Menschen beim Einkaufen begleiten, können nicht selbstständig abrechnen und sind auf die Rechnungsstellung über einen Pflegedienst angewiesen. Wird dieser aus der Versorgung ausgeschlossen, hat auch der Hauswirtschaftsdienst keine Möglichkeit zur Abrechnung seiner Kosten mehr.

Sicherlich kann ein Wechsel auch zu einer verbesserten Versorgung führen. Die Wahlfreiheit des Patienten darf jedoch in keiner Weise eingeschränkt werden, der Patient muss vor einem Pflegedienstwechsel umfassend über alle Möglichkeiten aufgeklärt werden. Die im GeReNet.Wi eingeführte Adresskarte soll neben einer verbesserten Kommunikation auch zu einer höheren Kontinuität in der Versorgung führen.

2.5.3 Empfehlung 3: Systematische Überprüfung und Ausschöpfung vorhandener Rehabilitationspotenziale

Gerade bei älteren, multimorbiden Patienten ist die möglichst frühzeitige Nutzung von Rehabilitationspotenzialen wichtig, da ein Funktionsverlust vielfach auch den Verlust der Selbstständigkeit bis hin zur Aufgabe der eigenen Häuslichkeit bedeuten kann. Aus diesem Grunde sollte eine systematische Abklärung des vorhandenen Rehabilitationspotenzials und / oder des Heil- und Hilfsmittelbedarfes immer im Zentrum einer Entlassungs- und Nachsorgeplanung stehen.

Während eine Überprüfung von Hilfsmittelbedarfen sowie die Verordnungen in den meisten Häusern einen hohen Stellenwert einnimmt, kann die systematische Abklärung

vorhandener Potenziale für komplexe Rehabilitationsmaßnahmen in den meisten nicht geriatrischen Abteilungen als nicht zufrieden stellend bezeichnet werden. Außerhalb der Geriatrien gehört ein standardisiertes Vorgehen zur Überprüfung körperlicher und sozialer Rehabilitationsbedarfe – z. B. in Form eines Assessments – nicht zum üblichen Vorgehen.

Auch im niedergelassenen Bereich besteht noch Handlungsbedarf. Nicht nur bei den mobilen Pflegediensten spielen komplexe Rehabilitationen selten eine Rolle. Auch Hausärzte verlassen sich im Falle einer Nachsorge zum Teil auf die Kompetenz der Klinikärzte und werden nicht unabhängig tätig. In Fällen, in denen zum Entlassungszeitpunkt noch keine Rehabilitationsfähigkeit besteht, ist es allerdings notwendig, dass der Hausarzt entsprechende Maßnahmen veranlasst, wenn die Rekonvaleszenz hinreichend fortgeschritten ist und eine höhere Belastbarkeit besteht.

Wichtig für eine systematische Überprüfung von Selbstständigkeitspotenzialen ist die klare Festlegung von Zuständigkeiten. Wer kümmert sich um was? Es darf kein Zufallsprinzip herrschen. Neben einer ausreichenden Abklärung bestehender Rehabilitationspotenziale ist die Umsetzung der Hilfsmittelverordnungen vielfach ein Problem. Maßnahmen, die zu einer Vereinfachung und Vereinheitlichung der zumeist langwierigen Verordnungs- und Genehmigungsverfahren führen könnten, sind für eine kontinuierliche Hilfsmittelversorgung dringend notwendig.

Zwischen 2000 und 2003 wurde im Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation ein Verfahren entwickelt und eingeführt, welches die Nutzung von Rehabilitationspotenzialen bei zu Hause lebenden älteren Personen zum Ziel hatte. Durch ein standardisiertes und inzwischen evaluiertes Screening-Instrument wurden zu Hause lebende Risikopersonen identifiziert und den zuständigen Hausärzten weitergeleitet. Diese hatten die Möglichkeit, ein geriatrisches Konsil, also eine weiter gehende Untersuchung durch einen Klinikgeriater einzuleiten, um dessen Ergebnisse in die eigene Therapieplanung einfließen zu lassen.¹⁴ Das Verfahren ist inzwischen verstetigt und wird weiterhin im Projektbeirat des GeReNet.Wi kontinuierlich evaluiert.

Für den Krankenhausbereich außerhalb der Geriatrien fehlt ein solch systematisches Vorgehen – so zeigt es die Untersuchung. Zukünftige Aktivitäten innerhalb des Wiesbadener Netzwerks für geriatrische Rehabilitation sollten sich auf die Entwicklung eines Verfahrens konzentrieren, welches die bessere Ausschöpfung von Rehabilitationspotenzialen bei älte-

ren, multimorbiden Patienten und ggf. die Einleitung einer geriatrischen Behandlung und Rehabilitation erleichtert.

2.5.4 Empfehlung 4: Verbreitung von Kenntnissen über geriatrische Behandlungs- und Versorgungsformen in Akuthäusern

Die Untersuchung ergab, dass in bestimmten Abteilungen der Akuthäuser teilweise über 80% der Patienten über 60 Jahre alt sind, an mehreren Krankheiten und unter funktionellen Einschränkungen im Alltag leiden. Der Umgang mit diesen Patienten erfordert geriatrische Kenntnisse, deren Verbreitung auch in Spezialabteilungen wünschenswert wäre. Gleichwohl spielt die Vermittlung geriatrischen Wissens in der medizinischen Ausbildung nach wie vor eine untergeordnete Rolle. Möglichkeiten zur Einführung speziellen altersmedizinischen Wissens bestehen in einer Intensivierung des Instrumentes des Geriatrischen Konsils in den Allgemeinkrankenhäusern.

Im Rahmen des GeReNet.Wi werden unter fachlicher Leitung und Mitarbeit der Klinikgeriater Schulungen der Mitarbeiter in den Akutkrankenhäusern durchgeführt. Schulungsthemen waren z. B. Zugang und Abrechnungsverfahren der teilstationären geriatrischen Behandlung und Rehabilitation, die nach Ansicht eines befragten Geriaters nicht allen Versorgern deutlich waren.

Auch von der Klinikpflege wurde angeregt, Informationsveranstaltungen über geriatrische Institutionen und pflegerische Versorgung im Alter durchzuführen. Adäquate Informationen der Patienten in den Akuthäusern über das weitere Procedere vor der Verlegung in die Geriatrie und Aufklärung über die verkürzten Aufenthalte dort ist laut Sozialdienst der Geriatrien notwendig.

2.5.5 Empfehlung 5: Beschleunigung von Verfahren

In der Untersuchung wurde immer wieder auf Versorgungslücken hingewiesen, die auf die Dauer von Verfahren zurück zu führen sind.

Angesprochen waren z. B.

- Betreuungsverfahren (Amtsgericht),
- Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen im Rahmen eines Pflegeversicherungsantrags sowie
- Antragsverfahren in der Hilfsmittelversorgung.

¹⁴ Haas, B., Weber, J. & Schönemann-Gieck, P. (2005)

Da Versorgungslücken häufig durch den zu großen Abstand zwischen dem Entstehen eines Bedarfs und der Entscheidung des Leistungsträgers zu Stande kommt, ist die Beschleunigung der genannten Verfahren eine Forderung zur Sicherung der Nachsorgequalität. Dieses in der Untersuchung häufig angesprochene Dilemma kann im Rahmen des Wiesbadener Netzwerks für geriatrische Rehabilitation nicht gelöst werden, eine Möglichkeit besteht jedoch darin, auf die Problematik bei den zuständigen Stellen hinzuweisen.

Mitglieder des Projektbeirates regten Ende 2005 an, nach Maßnahmen zu suchen, um Versorgungs- und Finanzierungslücken in der häuslichen pflegerischen Versorgung zu schließen. Angesprochen wurde der seit Jahren bestehende Vertrag (Vorbegutachtung und Pflegeinformation zur Gewährleistung des nahtlosen Übergangs von der Krankenhausbehandlung zur Pflege) nach § 112 SGB V, den die Verbände der Krankenkassen mit der Hessischen Krankenhausesellschaft abgeschlossen hatten. Es handelt sich um ein beschleunigtes Verfahren, an dem die Professionen Medizin, Pflege und Sozialarbeit der Klinik, der MDK und die Pflegekasse mitwirken und wonach pflegebedürftige Menschen in eine vorläufige Pflegestufe eingruppiert werden.

Die aufgeworfenen Fragen gingen in zwei Richtungen:

1. Gelten die Regelungen nur für Vorbegutachtungen im Krankenhaus, wenn es um eine anschließende stationäre Dauerpflege geht, oder auch dann, wenn die pflegerische Versorgung zu Hause sicherzustellen ist?
2. Ist eine ähnliche Regelung (schnelles Verfahren) auch denkbar, wenn Menschen zu Hause plötzlich pflegebedürftig werden?

Die Fragen konnten gelöst werden, da der Vertrag bei ersichtlicher Pflegebedürftigkeit auch die häusliche pflegerische Versorgung einschließt. Der Medizinische Dienst der Krankenkassen entscheidet zunächst nach Aktenlage (sowohl für die stationäre Dauerpflege, als auch für die häusliche Pflege). Die definitive Begutachtung erfolgt vier Wochen später. Fazit: Die Regelungen im Vertrag über den nahtlosen Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Pflege sind eindeutig. Es ist Angelegenheit der Kliniken, sie umzusetzen. Von Seiten der Kassen wurde keine Möglichkeit gesehen, die Vertragsregelungen auf Menschen in ihrer Häuslichkeit (mit Einbeziehung des Hausarztes, des häuslichen Pflegedienstes und des ambulanten Sozialdienstes) auszuweiten.

Die für die Projektlaufzeit Mai 2004 bis April 2007 geplanten Maßnahmen waren insgesamt drei Themenschwerpunkten zugeordnet:







... qualifiziert!	... vernetzt!	... versorgt!
<p>SCHWERPUNKT I:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Fortbildungen für PFLEGEDIENSTE ■ Fortbildungen CASEMANAGEMENT ■ Fortbildungen in KLINIKEN ■ Fortbildungen für ÄRZTE 	<p>SCHWERPUNKT II:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ NETZWERKKONGRESS 2005 ■ Adresskarte ■ Aufbau QUARTIERS-BEZOGENER Netze ■ Info-Fax ■ ABSCHLUSSTAGUNG 2007 	<p>SCHWERPUNKT III:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Niederschwellige NACHSORGE-ANGEBOTE in Tageskliniken ■ ADRESSENLISTEN
<p>.....</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Maßnahme befindet sich in der Planung ■ Maßnahme läuft ■ Maßnahme ist beendet 		

Stand September 2007

3.1 Schwerpunkt I: Fortbildung / Qualifizierung



Durchgeführt wurden unterschiedliche Konzepte zur Qualifizierung der Berufsgruppen im Wiesbadener Netzwerk. Spezielle Fortbildungen erreichten einzelne Professionen (Fortbildungen für Pflegedienste, Ärztefortbildungen, Fortbildungen Case Management). Andere Fortbildungen waren offen für mehrere Akteursgruppen im Netzwerk (Fortbildungen in Kliniken).

3.1.1 Fortbildungen für Pflegedienste

In Wiesbaden waren im Projektzeitraum mehr als 30 mobile Pflegedienste tätig. Die Mitarbeiter/-innen – so die GeReNet.Wi-These – kennen ihre Patient/-innen und deren gesundheitliche Situation in der Regel sehr gut. Durch den häufigen Kontakt und die oft über eine längere Zeitspanne erbrachten pflegerischen Leistungen, sind Pflegekräfte dafür prädestiniert, Änderungen im Gesundheitszustand frühzeitig zu erkennen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten. Die in 2005 begonnene Fortbildungsreihe für Pflegedienste zum Thema „Erkennen von Rehabilitationsbedarf im ambulanten Bereich“ zielte darauf ab, Pflegekräfte zu sensibilisieren, damit sie Hinweise auf mögliche Rehabilitationsbedarfe wahrnehmen und entsprechende Schritte zur Einleitung von Behandlungen ergreifen können. Die Veranstaltungen richteten sich an Mitarbeiter/-innen von freigemeinnützigen und privatwirtschaftlichen Pflegediensten und waren einrichtungsübergreifend organisiert, so dass zusätzlich zur Qualifizierung der Pflegekräfte auch ein Informationsaustausch zwischen mehreren Pflegediensten möglich war. Die etwa 2,5-stündigen Seminare wurden in Kooperation von den Chefärzten der geriatrischen Fachkliniken und dem Projektteam durchgeführt. An die Vorträge der Referierenden schloss sich jeweils eine Führung durch die geriatrische Klinik an, die u. a. die unterschiedlichen Konzepte der teil- und vollstationären Behandlungsangebote deutlich machte.

Insgesamt veranstaltete GeReNet.Wi acht Fortbildungsveranstaltungen zum Thema „Erkennen von Rehabilitationsbedarf im ambulanten Bereich“ mit 85 Teilnehmer/-innen aus insgesamt 20 Pflegediensten (freigemeinnützige und private Dienste).

- **Termine 2005/2006 in der Asklepios Paulinen Klinik:** 25. Januar, 25. April, 29. Juni 2005, 04. Dezember 2006.
Referent/-innen: Dr. Wolfgang Knaufl, Birgit Haas und Ursula Langer.

- **Termine 2005 in der Geriatrischen Klinik am Katharinenstift:**

01. Februar, 12. April, 03. Mai, 13. September.

Referent/-innen:

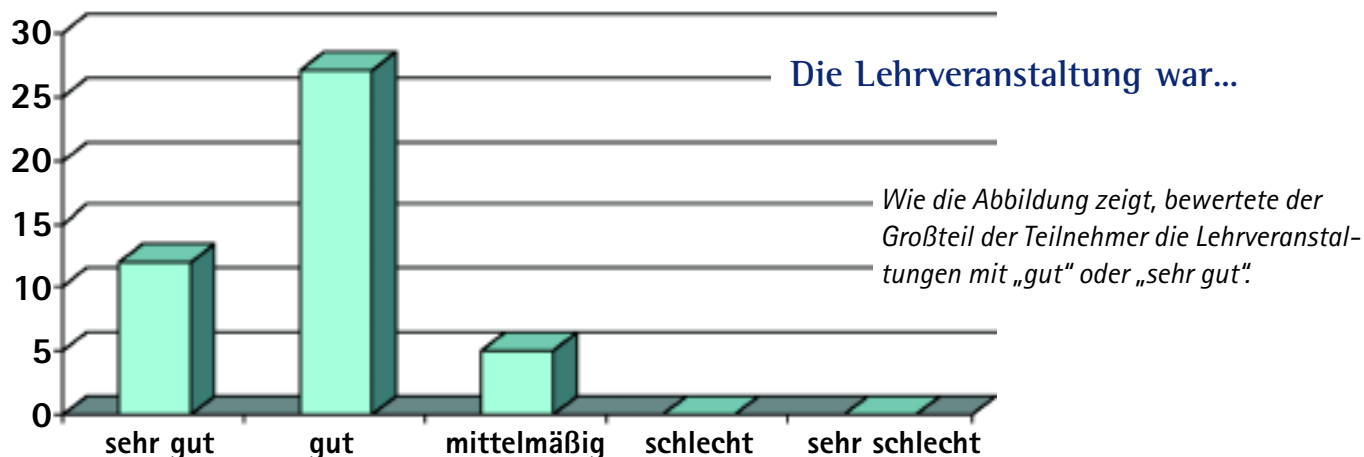
Dr. Klaus Weil, Birgit Haas und Ursula Langer.

Die Fortbildungsveranstaltungen sollten – so die ursprüngliche Planung – 2005 beendet sein. Rückmeldungen in den unter 2.4 beschriebenen Feedbackgesprächen zur Spiegelung der Analysenergebnisse machten jedoch deutlich, dass ein Wiederholungstermin angeboten werden sollte, da es in einigen Pflegediensten zu Personalwechsel gekommen war. Das Projektbüro griff diese Anregung auf und bot in 2006 eine weitere 2,5-stündige Fortbildungseinheit an.

Für die **Bewertung** der Lehrveranstaltungen wurde ein Evaluationsbogen für die Teilnehmer/-innen entwickelt (siehe Anlage 8), der routinemäßig am Ende jeder Veranstaltung zum Einsatz kam. Neben anonymisierten Angaben zu den Teilnehmer/-innen selbst (Alter, Geschlecht, Qualifikation / Beruf) wurde die subjektive Einschätzung der Lehrveranstaltung (hinsichtlich der Inhalte, der Präsentation, des Fortbildungsklimas und der Diskussion) erhoben. Zu bewerten waren außerdem die Referentinnen und Referenten. Schließlich konnten Anregungen, Kommentare und Optimierungsvorschläge für weitere Fortbildungsveranstaltungen gegeben werden.

Die Auswertung der Bögen ermöglichte eine Bewertung der Kurse, so dass eventuelle Vorschläge für Änderungen / Anpassungen an die Veranstalter weiter gegeben werden konnten (formative Evaluation). Das Instrument diente somit der Qualitätskontrolle und Weiterentwicklung des Fortbildungsangebotes.

Nach fünf durchgeführten Fortbildungsveranstaltungen (Stand Mai 2005) zum Thema „Erkennen von Rehabilitationsbedarf im ambulanten Bereich“ nahm die wissenschaftliche Begleitung eine Zwischenauswertung vor. Die



Auswertung der schriftlichen Befragung am Ende der Veranstaltung bezog sich auf 47 befragte Teilnehmerinnen.

Zu den Ergebnissen:

Die 47 Teilnehmerinnen waren zum Zeitpunkt der Veranstaltung zwischen 20 und 55 Jahre alt, der Durchschnitt lag bei 38 Jahren. Der überwiegende Teil (87%) war weiblich.

Folgende Berufsgruppen waren vertreten:

- Krankenschwestern/-pfleger (30),
- Altenpfleger /-innen (6),
- Pflegedienstleitungen (3),
- Sozialpädagogen /-innen/, Sozialarbeiter /-innen (3),
- Diplompädagogen /-innen (3),
- Hauswirtschafterin (1).

Die Inhalte der Veranstaltung waren für die meisten Teilnehmer überwiegend neu. Die Referenten wurden zu über 98% als kompetent eingeschätzt. 67% sahen ihre eigenen Erwartungen an die Veranstaltung erfüllt, 33% hatten nach eigenen Angaben keine besonderen Erwartungen. Insgesamt wünschte man sich mehr Raum für Diskussion und offene Gespräche.

Diese Ergebnisse wurden in der Projektbeiratssitzung im Mai vorgestellt und diskutiert. Inzwischen liegen 65 Bewertungsbögen vor, die jedoch bisher nicht vollständig ausgewertet werden konnten.

3.1.2 Fortbildungen für Sozialarbeiter/-innen der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter

Für die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter organisierte GeRe-Net.Wi eine Fortbildung zum Thema „Entlassungsmanagement der Asklepios Paulinen Klinik“. Die Pflegedienstleiterin der Asklepios Paulinen Klinik (Fach-

bereich Geriatrie) präsentierte gemeinsam mit ihrer Stellvertretung das geänderte Verfahren im Entlassungsmanagement der Akutklinik und Geriatrie. Die Mitarbeiter/-innen der Beratungsstellen erhielten mit dieser Fortbildung einen umfassenden Einblick in die Entlassungsplanung, die Funktionen der Klinikprofessionen während der Überleitungsphase und in klinikeigene Assessmentverfahren.

Im November 2004 arrangierte GeReNet.Wi für 50 Teilnehmer/-innen aus insgesamt 26 Einrichtungen (aus Krankenhaussozialdiensten, Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter, Pflege- und Hauswirtschaftsdiensten sowie Pflegeheimen) eine Fortbildungsveranstaltung (Referent: Prof. Dr. Peter Löcherbach, Fachhochschule Mainz) zum Thema Case Management für geriatrische Patienten/Klienten. Ursprünglich waren weitere Termine vorgesehen, um intensiver in diese Thematik einzusteigen. Die hohe Teilnehmerzahl begrenzte die Veranstaltung jedoch in ihren Möglichkeiten auf eine reine Vorlesungsveranstaltung und war aus Sicht des Projektträgers in dieser Form nicht fortsetzbar. Die in 2005 noch ungelösten Fragestellungen bezüglich Struktur und Inhalt der Fallmanagementfortbildung konnten gelöst werden. Mit dem Institut für Stadt- und Regionalentwicklung der Fachhochschule Frankfurt wurde Anfang 2007 eine Vereinbarung abgeschlossen, wonach für Mitarbeiter/-innen der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter in den beiden ersten Quartalen 2007 eine Fortbildung speziell abgestimmt auf die Praxis der Beratungsstellen und bestehend aus sechs halbtägigen Modulen konzipiert und ausgerichtet wurde. Die Auseinandersetzung mit der Theorie des Handlungskonzeptes „Case Management“ bzw. „Fallmanagement“ stand dabei ebenso im Vordergrund wie die Anwendungsmöglichkeiten in der täglichen Arbeit.

Neben fachlichen Inputs beinhalteten die Module Übungen und Gruppenarbeiten zu den einzelnen Themen. Fallbeispiele

le aus der konkreten Praxis und der Austausch über die Arbeit mit dem Handlungskonzept waren feste Bestandteile der Fortbildung. Die Zeiträume zwischen den Modulen boten die Möglichkeit, Umsetzungserfahrungen zu machen und diese im Rahmen der Fortbildung zu diskutieren.

Themen der Module:

1. Fallmanagement in Theorie und Praxis

- Idealtypischer Ablauf des Fallmanagements, Funktion und Nutzen
- Grenzen der Einzelfallarbeits, Elemente der Gemeinwesenarbeit im Fallmanagement
- Identifikation und Benennung der einzelnen Fallmanagement-Elemente in der Praxis

2. Zielgruppen

- Zielgruppen im Fallmanagement
- Unterschiedliche Interventionstiefen im Fallmanagement
- Differenzierung der Klientinnen und Klienten

3. Die Prozessschritte I

- Das ressourcenorientierte Assessment
- Zielformulierung, Zielebenen

4. Die Prozessschritte II

- Hilfeplanung: Zusammenstellung der Hilfen
- Verhandlungsführung, Konfliktlösung
- Verschiedene Rollen im Fallmanagement (z. B. anwaltschaftliches Handeln)

5. Fallmanagement im Netzwerk

- Reflexion der eigenen Rolle als Koordinationsstelle
- Fallverantwortung und Delegation
- Fallkonferenzen als Instrument der transparenten Steuerung
- für und/oder mit den Klientinnen und Klienten steuern

6. Dokumentation und Evaluation

- Aktenführung
- EDV & Controlling
- Instrumente

Die sechs Module sind mittlerweile abgeschlossen. Um die Methodik in der Praxis zu erproben und ein einheitliches Fallmanagement in den Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter einzuführen, wurde die Fortbildung um ein Fallmanagementtraining ergänzt.

3.1.3 Fortbildungen für Ärzte / Kontakte zu Qualitätszirkeln und Ärzte-AGs

Hausärzte sind für ältere Menschen wichtige Instanzen im Gesundheitswesen. Sie sind in der Regel die ersten

Ansprechpartner wenn es darum geht, Krankheiten zu diagnostizieren und zu behandeln. Sie können mit ihren verordneten Maßnahmen die Chronifizierung von Krankheiten verzögern oder vermeiden, Leiden lindern, die Lebensqualität der Patienten erhalten bzw. steigern und drohende Pflegebedürftigkeit u. U. verhindern. Ihnen obliegt die Zuweisung zu Fachärzten und zu stationärer Behandlung. Sie haben die Verordnungshoheit nicht nur in Bezug auf die Medikation, sondern auch auf die Behandlung durch Pflegedienste und den Einsatz rehabilitativer Maßnahmen. Außerdem haben sie auf ältere Menschen und ihre Angehörige maßgeblichen Einfluss, wenn die Entscheidung ansteht, ob eine weitere Versorgung zu Hause möglich oder der Umzug in ein Pflegeheim erforderlich ist.

Wer sich, so wie die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter, um die Belange älterer Menschen kümmert, ist auf die enge Kooperation mit Haus- und Fachärzten angewiesen. Altenhilfe und Gesundheitswesen müssen zusammenwirken, um im Interesse der älteren Menschen den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit möglichst lange zu sichern. Unter dieser Prämisse nahm das GeReNet.Wi bereits im ersten Projekt Kontakte zu der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) auf, um systematisierte Kommunikationswege zu entwickeln. Ende 2001 lud die KVH die Wiesbadener Ärzte zum 1. Wiesbadener Hausärztetreffen ein. Hier wurde GeReNet.Wi die Möglichkeit eröffnet, das Projekt mit seinen konkreten Abläufen der Standardisierten Auswahl - ab 2004 Umbenennung in Infobrief Geriatrie Prävention (siehe hierzu auch Gliederungspunkt 3.2.7) den mehr als 60 interessierten Ärzten vorzustellen. Die Zielsetzung des Projektes bestand u. a. darin, älteren Menschen Zugänge zu geriatrischer Behandlung und Rehabilitation, sowie zu Heil- und Hilfsmitteln zu eröffnen.¹⁵ Informationen - so der Ansatz - sollten von Mitarbeiter/-innen der Beratungsstellen und der Pflegedienste über die Standardisierte Auswahl an den Hausarzt fließen zur Nutzung für eine breiter angelegte Einschätzung möglicher Rehabilitationsbedarfe und die Einleitung entsprechender Schritte. Durch die Verfahren sind neue Kommunikationsformen - insbesondere zwischen Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter und Hausärzten - entstanden. Mehr als 100 Hausärzte griffen die Anregungen für rehabilitative Maßnahmen auf und realisierten die Umsetzung. Die Hausärzte profitierten von der engen Zusammenarbeit in vielerlei Hinsicht, u. a. dadurch, dass sie die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter als Partner identifizierten, die sie in sozialen Belangen und bei Fragen zur Vorsorge/Fürsorge sowie bei gesetzlicher Betreuung einbinden können. „Wenn ich da nicht mehr weiterkomme, dann

¹⁵ Vgl. Haas, B., Weber, J. & Schönemann-Gieck, P. (2005)

schalte ich den Herrn (...) von der Beratungsstelle ein", so die Aussage eines Hausarztes in einem Feedbackgespräch zur Spiegelung der Analysenergebnisse.

Zur weiteren Entwicklung der Vernetzung von Altenhilfe und Gesundheitswesen konzentrierte sich GeReNet.Wi im Projekt „Nachsorge, Überleitungs- und Zugangsmanagement an der Schnittstelle von Akutversorgung und geriatrischer Rehabilitation" auf die Zusammenarbeit mit ärztlichen Qualitätszirkeln. Mitglieder des Qualitätszirkel des Hausärzteausschusses der Kassenärztlichen Vereinigung beteiligten sich an der „Untersuchung zur Versorgung älterer Menschen nach Klinikaufenthalt" (siehe Gliederungspunkt 2.3). Zur Spiegelung der Analysenergebnisse nahm GeReNet.Wi in 2006 mittels eines Schreibens des Sozialdezernenten Kontakt zu 20 ärztlichen Qualitätszirkeln auf. Als Resonanz hierauf nahmen 3 Qualitätszirkel, die sich inhaltlich besonders intensiv mit der Zielgruppe ältere Menschen befassen, das Angebot wahr, die Ergebnisse der Untersuchung zu erfahren und zu diskutieren (siehe Gliederungspunkt 2.4).

Darüber hinaus wirkte der Projektleiter am 02.10.2004 bei der Ärztefortbildung „Strukturierte Kursweiterbildung Klinische Geriatrie" mit. Er referierte über die Themen Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter, Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation, Leistungen der Pflegeversicherung, Vollmachten und Patientenverfügungen.

Die Anregung aus der Schnittstellenanalyse, Hausärzte über die Dienste und Einrichtungen im ambulanten Sektor zu informieren und ihnen Möglichkeiten der häuslichen Versorgung aufzuzeigen, wird nach der Projektphase vom Projektbüro aufgegriffen. Es ist beabsichtigt, die Kontakte zu einzelnen Ärzten, aber auch Qualitätszirkeln und anderen Arbeitsgemeinschaften Wiesbadener Ärzte zu intensivieren, um einerseits weiter an der Thematik „geriatrische Behandlung und Rehabilitation" zu arbeiten, andererseits um die Möglichkeiten in der Nachsorge bekannter zu machen, häusliche Versorgungsarrangements darzustellen. Gerade auch im Hinblick auf die zu entwickelnden abgestimmten Behandlungs- und Betreuungspfade im geplanten Forum Demenz sind die Ärzte wichtige Kooperationspartner, die es zu gewinnen gilt.

3.1.4 Fortbildungen in Kliniken

Die Kommune ist Kostenträger, sowohl bei häuslicher Pflege als auch bei Pflegeheimaufenthalten, wenn die Kosten die

Leistungen des SGB XI übersteigen. Hierbei ist sie an den Bescheid der Pflegekasse gebunden, der basierend auf dem Gutachten des Medizinischen Dienstes die Pflegestufe, den Stundenumfang und die Art der Versorgung (ambulant, teil- oder vollstationär) festlegt. Der Kommune entstehen also qua gesetzlicher Regelung Kosten, die sie weder begrenzen noch budgetieren kann.

In ihrer Untersuchung fanden Küpper-Nybelen et al. (2006) heraus, dass 70,4% aller Personen, die zwischen 1999 und 2002 zum ersten Mal eine Leistung der Pflegeversicherung in Anspruch genommen hatten (n=12.627), in den vorausgegangenen 12 Monaten im Krankenhaus waren. Bei Personen, die direkt vom Krankenhaus in die Pflege wechselten, betrug der Anteil der Pflegegeldempfänger nur knapp 50%, wohingegen etwa 30% in die stationäre Pflege gingen. Die Einleitung von Maßnahmen zur pflegerischen Versorgung und die Grundlagen für die Entscheidung der Pflegekasse erfolgen also überwiegend in der Klinik (Erhebungsbogen zur Vorbegutachtung und Pflegeinformation zur Gewährleistung des nahtlosen Übergangs von der Krankenhausbehandlung zur Pflege gemäß § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 5 SGB V). Durch die Fallpauschalen im Krankenhaus und den u. a. daraus entstehenden Entlassungsdruck sind Entscheidungen mit großer Tragweite für den älteren Menschen in der Regel sehr kurzfristig zu treffen. Dennoch (und gerade auch deshalb) ist eine intensive Abklärung vorhandener Ressourcen des Patienten und seines Umfelds dringend erforderlich, damit Patienten Unterstützungsangebote erhalten, die auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten sind. Zu prüfen sind in diesem Zusammenhang auch Alternativen zu einer stationären Dauerpflege.

Um adäquat beraten zu können, sind im Klinikbereich umfassende Kenntnisse über Möglichkeiten häuslicher Unterstützungsarrangements von Nöten. Dies ist zweifelsohne gegeben, wenn die Entlassungsplanung und die Organisation der notwendigen Erstversorgung durch die Krankenhaussozialdienste geregelt werden. Jedoch beobachten die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter in den letzten Jahren eine zunehmende Tendenz, dass die Entlassungsplanung an Krankenhaussozialdiensten vorbei organisiert und von anderen Berufsgruppen übernommen wird. Daher sieht GeReNet.Wi eine dringende Aufgabe darin, Informationen über Möglichkeiten poststationärer Versorgung und die erforderliche Eruiierung von Patientenressourcen (auch im Hinblick auf Rehabilitationspotenziale) stärker in den Kliniken zu platzieren. Für alle Professionen fand im September 2005 die Fortbildungsveranstaltung „Versorgungskontinuität: Nachsorge in Wiesbaden" statt.

Für Angestellte (insbesondere Ärzte) des St. Josefs-Hospital arrangierte GeRe-Net.Wi eine zweistufige Fortbildung. Die Chefärzte der beiden geriatrischen Fachkliniken referierten in 2006 zu den Themen „Möglichkeiten der modernen Altersmedizin“ und „Diagnostik und Therapie geriatrischer Krankheitsbilder“.

3.1.5 Qualitätssicherung und Entwicklung – Dokumentation

Die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter setzen in ihrer täglichen Arbeit das hausintern entwickelte Dokumentationssystem „Proseko“ (Programm für Seniorenkoordination) in. Hierin werden alle Hilfepläne, Maßnahmenplanungen und erfolgten Schritte klient/-innenbezogen dokumentiert. Bisher sind der geriatrische Behandlungs- und Rehabilitationsbedarf sowie der Bedarf an Heil- und Hilfsmitteln im System nicht auswertbar abgebildet. Eine kleine - von GeReNet.Wi initiierte - Arbeitsgruppe arbeitete in 2006 an den entsprechenden Registerkarten. Die Aufnahme dieser Veränderungen in das Dokumentationssystem ist angestrebt und wird in Zusammenhang mit anderen Maßnahmen der Organisationsentwicklung, die sich aus der Fortbildung „Fallmanagement“ (siehe Gliederungspunkt 3.1.2) ableiten, erfolgen.

Zur Diskussion der aufgeworfenen Fragen aus der Evaluation der „Infobriefe geriatrische Prävention“ (siehe Gliederungs-

punkt 3.2.7) wurde in Monitoring-Gesprächen nachgegangen. In der Zeit vom 20. April bis zum 30. Mai 2006 führten die Projektkoordinatorin und die Sachgebietsleiterin der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter mit den einzelnen Beratungsstellen-Teams Monitoring-Gespräche durch, worin einerseits den Ursachen für die unterschiedlichen Handhabungen, als auch andererseits den Gründen für die best-practise-Beispiele nachgegangen wurden.

Die Gespräche fanden statt am

- **20. April 2006**
in der Beratungsstelle VII (östliche Vororte),
- **21. April 2006**
in der Beratungsstelle IV (Klarenthal-Hollerborn-Waldstraße),
- **03. Mai 2006**
in der Beratungsstelle III (südliche Innenstadt),
- **05. Mai 2006**
in der Beratungsstelle VI (Amöneburg-Biebrich-Schierstein),
- **09. Mai 2006**
in der Beratungsstelle V (westliche Stadtteile),
- **09. Mai 2006**
in der Beratungsstelle II (Region Westend),
- **18. Mai 2006**
in der Beratungsstelle I (Region Nord),
- **30. Mai 2006**
in der Beratungsstelle VIII (Kastel-Kostheim).

3.2 Schwerpunkt II: Vernetzung / Kooperationsförderung



Das GeReNet.Wi-Projekt förderte Kooperationen der Akteure in der Altenhilfe und im Gesundheitswesen und setzte sich für abgestimmte Konzepte zur Überleitung und Nachsorge ein. Dies erforderte ein differenziertes Vorgehen, das im Folgenden dargestellt ist. Die durchgeführte Schnittstellenanalyse (Untersuchung zur Versorgung älterer Menschen nach Klinikaufenthalt in Wiesbaden) zeigte weitere Anhaltspunkte für die Maßnahmenplanung auf.

3.2.1 Netzwerkkongress 2005

Da sich sowohl die kommunale Sozialplanung als auch die versorgenden und pflegenden Dienste durch neue gesetzli-

che Regelungen und demografische Entwicklungen in den nächsten Jahren auf erhebliche Struktur- und Aufgabenveränderungen einstellen müssen, zielte das GeReNet.Wi-Projekt darauf hin, möglichst frühzeitig Entwicklungs-

prozesse in Wiesbaden in Gang zu setzen. Um Anreize für Entwicklungen zu schaffen und Diskussionen anzuregen, begann das Projektbüro bereits Ende 2004 damit, für Herbst 2005 einen interdisziplinären und professionsübergreifenden Nettwerkkongress für Akteure im Wiesbadener Netzwerk vorzubereiten. Eingeladen wurden die an der Versorgung alter Menschen beteiligten Berufsgruppen, u. a. Hausärzte, Pflegedienste, Mitarbeiter/-innen der Kliniken, Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter und Therapeuten. Der Nettwerkkongress diente einerseits der Fortbildung der Teilnehmer/-innen, andererseits der Kontaktaufnahme und -pflege der Dienste miteinander.

Für den 28. September 2005 organisierte GeReNet.Wi einen Nettwerkkongress in den Hörsälen und Seminarräumen der Fachhochschule Wiesbaden. 120 Personen aus unterschiedlichen Berufsgruppen des Netzwerkes nahmen teil:

- Pflege- und Hauswirtschaftsdienste,
- Kliniken (Akutkrankenhäuser, geriatrische Fachkliniken, indikationsspezifische Rehabilitationskliniken),
- Pflegeheime,
- medizinischen und therapeutischen Praxen,
- Alten-/Krankenpflegeschulen,
- Amt für Soziale Arbeit (Abteilungen Altenarbeit, Grundsatz und Sozialhilfe) sowie
- Vertreter/-innen von Krankenkassen, des Hessischen Sozialministeriums, von Selbsthilfegruppen und des Seniorenbeirats, Stadtverordnete, Altenhilfeplaner aus anderen Kommunen und Pressevertreter.

Präsentationen von Mitgliedern des Projektteams und des Projektbeirates während des Kongresses:

- *Weber, Johannes* (Amt für Soziale Arbeit). Ziele und Inhalte des Kongresses.
- *Schindler, Dr. Hubert* (VdAK – AEV Hessen). Entwicklungen in der Kranken- und Pflegeversicherung: Herausforderungen für Sozialplanung, Leistungserbringer und beitragszahlende / leistungsempfangende Bürger.
- *Knauf, Dr. Wolfgang* (Asklepios Paulinen Klinik). CASE-FINDING und CASE-MANAGEMENT – Patientenüberleitung in die klinische Geriatrie.
- *Schönemann-Gieck, Petra* (Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg). Kooperationsbedingungen zwischen Altenhilfe und Gesundheitswesen – Ergebnisse der Erhebung zur Nachsorgesituation in Wiesbaden.
- *Deetjen, Dr. Wolfgang* (MDK Hessen). Klinisch geriatrische Behandlung unter den Bedingungen der DRGs.
- *Weil, Dr. Klaus* (Otto-Fricke-Krankenhaus). Auswirkungen der DRGs auf die geriatrischen Fachkliniken.

- *Hübner, Ursula* (Pflegeservice Merkel). Auswirkungen der DRGs auf ambulante Pflegedienste.
- *Königstein, Achim* (EVIM). Folgerungen aus der Anwendung der DRGs auf die stationäre Altenhilfe.

Posterpräsentationen während des Kongresses:

- *Schönemann-Gieck, Petra* (wissenschaftliche Begleitung des Projektes). Interdisziplinäre Kooperationsqualität in der Nachsorge geriatrischer Patienten.
- *Haas, Birgit & Langer, Ursula* (Projektmitarbeiterinnen). Die Projektschwerpunkte.
- *Waßmann, Petra & Göbel, Andreas* (Amt für Soziale Arbeit). Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter.

Die Fachhochschule Wiesbaden bot mit einer fakultätsübergreifenden Ausstellung zum Thema „Wohnen im Alter“ einen sehr ansprechenden Rahmen. Zahlreiche Teilnehmer/-innen des Kongresses nutzten die Gelegenheit, um sich mit den Modellen, Schautafeln und Broschüren der Studenten der Fachbereiche Architektur und Sozialwesen auseinander zu setzen. Die Ausstellungseröffnung war ursprünglich für einen Termin im Oktober geplant. Sie wurde speziell wegen des Kongresses vorgezogen.


In 2005 konnten die Arbeiten zur Planung, Durchführung und Nachbereitung des Nettwerkkongresses abgeschlossen werden. Der Kongressband¹⁶ wurde im Dezember 2005 an die Teilnehmer/-innen, sowie an zahlreiche weitere interessierte Personen und Organisationen versandt.

Die vielfältigen positiven Rückmeldungen der Teilnehmer/-innen des Nettwerkkongresses 2005 zeigten deutlich, dass Dienste und Einrichtungen frühzeitig über Veränderungsprozesse in der Altenhilfe und im Gesundheitswesen informiert werden möchten, um sich auf neue Situationen einzustellen.

Neue Entwicklungen im Gesundheitswesen und in der kommunalen Sozialplanung für ältere Menschen werden auch während der Abschlusstagung „Kompetenz durch Kooperation und Vernetzung. 7 Jahre Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation“ am 26. November 2007 thematisiert, so dass sich für Interessierte hier Möglichkeiten bieten, Impulse für ihre Planungen zu erhalten. Die Tagungsorganisation erfolgt in Kooperation mit der DVSG (Deutsche Vereinigung für Sozialarbeit im Gesundheitswesen) und in Abstimmung und mit der finanziellen Förderung des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, sowie der finanziellen Förderung des Bundesministeriums.

¹⁶ Haas, B., & Langer, U. (2005)

3.2.2 Adresskarte

<p>Haushilfe</p> <hr/> <p>und außerdem</p> <p>Ich habe eine Patientenverfügung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Eine Initiative des:  Wiesbadener Netzwerks für geriatrische Rehabilitation; Info: 0611 31-4676</p>	<p style="text-align: center;">LANDESHAUPTSTADT</p> <p>Adresskarte</p> <p>Diese Adresskarte beinhaltet Namen und Telefonnummern Ihrer Ansprechpartner. Sie gewährleistet, dass diese bei Krankheit, Klinikaufenthalt oder Pflegebedürftigkeit zueinander Kontakt aufnehmen können, um eine bestmögliche Versorgung abzustimmen. Bitte legen Sie die Adresskarte zu Ihrer Krankenkassenkarte.</p> <p style="text-align: center;">  WIESBADEN Amt für Soziale Arbeit www.wiesbaden.de </p>
<p>Adresskarte für</p> <hr/> <p>Name, Vorname</p> <hr/> <p>Geb.-Datum Telefon</p> <hr/> <p>Straße und Hausnummer</p> <hr/> <p>Postleitzahl und Wohnort</p>	<p>Meine Kontaktpersonen (Name und Tel.-Nummer)</p> <hr/> <p>Private Kontaktperson</p> <hr/> <p>Hausarzt bzw. Facharzt</p> <hr/> <p>Beratungsstelle für selbständiges Leben im Alter</p> <hr/> <p>Pflegedienst</p>

Die Wiesbadener Adresskarte für die Nachsorge baute auf dem Adressblatt auf, das im ersten GeReNet.Wi-Projekt von der Arbeitsgruppe MultiKo entwickelt wurde. Zu Grunde lag die Erfahrung, dass ältere Menschen, insbesondere dann, wenn sie hilfs- und pflegebedürftig sind, in der Regel von mehreren Personen / Einrichtungen betreut und versorgt werden. Neben dem Hausarzt sind oft auch Mitarbeiter/-innen von Pflege- und / oder Hauswirtschaftsdiensten, Therapeuten, Sozialarbeiter/-innen sowie Personen aus dem häuslichen Umfeld im Einsatz. Um die bestmögliche Versorgung Älterer in ihrer Häuslichkeit zu gewährleisten, ist es nicht nur sinnvoll, sondern auch erforderlich, dass die beteiligten Dienste / Personen, die sich um den einzelnen alten Menschen kümmern, voneinander wissen. Insbesondere zur Abklärung von Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten muss die Möglichkeit des Austauschs gegeben sein.

Das Adressblatt der AG MultiKo, ein DIN-A4-Bogen, der bei den Patient/-innen hinterlegt wurde, erwies sich in seiner Reichweite und Nutzung als ungenügend, insbesondere dann, wenn es zu einem Wechsel des Aufenthaltsortes z. B. durch eine Krankenhausaufnahme kam. Deshalb wurde im Projekt „Nachsorge, Überleitungs- und Zugangsmanagement an der Schnittstelle von Akutversorgung und geriatrischer Rehabilitation“ eine handliche Version erstellt, die zusammen mit der Krankenkassenkarte aufbewahrt, die Kontaktaufnahme aller an der Versorgung Beteiligten

erleichtert. Die Adresskarte im Scheckkartenformat enthält die Namen und Telefonnummern der Ansprechpartner. Wichtige Abstimmungen zwischen den Personen des Versorgungssystems sowie dem alten Menschen selbst und seinen Angehörigen können über den telefonischen Weg vorgenommen werden, wenn die Karte bei Krankenhausaufenthalten, Arztbesuchen oder bei sozialen Diensten vorgelegt wird. Auch für nicht pflegebedürftige Senioren ist die Nutzung sinnvoll, damit beispielsweise bei einem Sturz oder einer plötzlichen Erkrankung alle wichtigen Ansprechpartner informiert werden können, ohne langwierige Recherchen anstellen zu müssen.

Die faltbare Adresskarte (Außen- und Innenseite siehe Abbildung) wurde der Öffentlichkeit erstmals im Juni 2006 während der Hessischen Gesundheitstage in Wiesbaden präsentiert. Seit ihrer Einführung sind bereits mehr als 6.000 Adresskarten an die Wiesbadener Bevölkerung ausgegeben worden. Die Karten mit Hüllen sind bei den Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter, bei den Krankenhaussozialdiensten, sowie vielen Diensten, Einrichtungen und Praxen erhältlich.

3.2.3 Aufbau quartiersbezogener Netze

Bereits im ersten Projekt des GeReNet.Wi wurde von Mitgliedern des Projektbeirats die Einrichtung von lokalen

Konferenzen / quartiersbezogenen Netzen als sinnvoll angeht. Auch in der Schnittstellenuntersuchung (Gliederungspunkt 2.3) gaben mehrere Berufsgruppen an, dass lokale Konferenzen mit allen Akteuren, Runde Tische, interdisziplinäre AGs zu bestimmten Fragestellungen, der systematische Aufbau von kleinräumigen Netzwerken (professionell und ehrenamtlich) Möglichkeiten bieten könnten, Schwierigkeiten an den Schnittstellen der ambulanten und stationären Versorgung zu überwinden.

Mehrere Mitglieder des Projektbeirates bildeten ab März 2006 den AK Netz, der in 2006 zu vier Arbeitsbesprechungen zusammenkam. Um zu ermitteln, in welchen Stadtregionen lokale Gremien erforderlich sind, führte der AK Netz zunächst eine Bestandsaufnahme durch. Auf der Grundlage einiger Fragestellungen (Welche Arbeitskreise gibt es in den Regionen? Für welche „Klientel“? Wie sind sie zusammengesetzt? Mit welchen Fragestellungen beschäftigen sie sich? Sind sie offen für neue Themen/Mitglieder? In welchen Regionen fehlen entsprechende „runde Tische“?) erstellte GeReNet.Wi eine Übersicht der vorhandenen Gremien. Daten aus dem Wiesbadener Sozialatlas und dem Pflegebericht ermöglichten Einblick in die Problemlagen, aber auch Angebote der einzelnen Quartiere.

Zu dem Termin im September 2006 wurden zwei Moderatorinnen von bereits bestehenden lokalen Arbeitskreisen (Gesprächskreis Seniorenarbeit Biebrich und Arbeitskreis Südliche Innenstadt) eingeladen. In den beiden Arbeitskreisen bestanden bereits sichere Fundamente. Hier ging es darum, die Arbeitskreise um zusätzliche Akteure zu erweitern, um möglichst alle Anbieter von Angeboten an einen Tisch zu bringen. Im Herbst 2006 bildete sich innerhalb der Abteilung Altenarbeit des Amtes für Soziale Arbeit und in Absprache mit der „Arbeitsgemeinschaft der Träger offene Altenarbeit“ eine Arbeitsgruppe mit der Zielsetzung, lokale Gremien für die Koordination der offenen Altenarbeit (Seniorentreffs, Bildungsangebote) einzurichten. Um keine Doppelstrukturen zu schaffen wurden Anliegen der beiden Arbeitsgruppen zusammengefasst.

Für den Aus- bzw. Aufbau von stadtteilorientierten Arbeitskreisen im Bereich der Altenarbeit sind u. a. vorgesehen:

- eine Bestandsaufnahme aller Angebote und Aktivitäten im Stadtteil,
- eine (repräsentative) Befragung der Bürger/-innen zu Interessen und Bedarfslagen,

- die Neuausrichtung der beiden bereits bestehenden Arbeitskreise,
- der Aufbau eines weiteren Arbeitskreises für den Stadtteil Dotzheim.

3.2.4 Geriatriische Visite

Im Januar 2006 wandten sich die Chefärzte der beiden geriatrischen Fachkliniken mit dem Wunsch an das Projektbüro, ein „Screening von Patienten in Akuthäusern zur Ermittlung vorhandener Rehabilitationsbedarfe und -potenziale“ zu erproben. Zu Grunde lag die These, dass unter DRG-Bedingungen Rehabilitationsbedarfe in den Akutkliniken nicht ausreichend überprüft werden. Projektbüro und -beirat unterstützten dieses Vorhaben und beriefen eine Arbeitsgruppe ein, die sich mit der Thematik auseinandersetzte. Auf der Grundlage eines Entwurfs der Geriater entstand die Idee, im Zeitraum von zwei bis drei Monaten ca. 200 Patienten aus je zwei Abteilungen der Akutkliniken auf geriatrische Behandlungs- und Rehabilitationsbedarfe hin zu screenen. Dieses Vorhaben hätte zum Ziel gehabt, Erkenntnisse darüber zu gewinnen, bei wie vielen dieser Patienten rehabilitative Maßnahmen empfohlen werden können.

Die Arbeitsgruppe diskutierte mehrere Entwürfe, kam jedoch zu keiner abschließenden Vereinbarung. Undiskutiert blieb, ob es ausreicht, durch die Geriatriische Visite eine Empfehlung auszusprechen oder ob die Maßnahmen darüber hinausgehen müssen. Der Projektträger erachtete die Verknüpfung zwischen Empfehlung und Umsetzung der Empfehlung als unabdingbar. Das Verfahren hätte die Schritte 1. Patientenauswahl, 2. Geriatriische Visite, 3. Umsetzung, 4. telefonische Nachbefragung und 5. Rückmeldung enthalten müssen. Die durch das Projektbüro erweiterte Verfahrensskizze wurde in der Beiratssitzung im Februar vorgestellt, fand aber keine Mehrheit und konnte daher nicht realisiert werden.

Zu den Gründen: Die Geriater wandten ein, dass die vorgestellte Verfahrensskizze nicht der ursprünglichen Idee der Geriatriischen Visite entspricht. Die Geriatriische Visite sollte eine zeitlich befristete Maßnahme sein, um Personen mit Bedarf an rehabilitativen Maßnahmen herauszufiltern.

Die Geriatriische Visite sollte keinesfalls das Geriatriische Konsil¹⁷ ersetzen. Für ein regelhaftes Geriatriisches Visite-Verfahren sahen die Geriater keine eigenen Kapazitäten. Die

¹⁷ Das Geriatriische Konsil wurde in den Jahren 1995/1996 durch die geriatrischen Fachärzte der Asklepios Paulinen Klinik entwickelt, wo es zunächst hausintern angewandt wurde. Mittlerweile ist dieses Geriatriische Konsil im Sinne eines externen interinstitutionellen Konsils zwischen den beiden geriatrischen Kliniken und den umliegenden Wiesbadener Kliniken fest etabliert: Die Klinikgeriater suchen zweimal pro Woche die ihnen zugewiesenen Patienten in den angesprochenen externen Kliniken auf, um diese zu untersuchen und um Aussagen zum Rehabilitationszielpotenzial und der entsprechenden Behandlungsform zu treffen. Im Kontext des ersten GeReNet.Wi-Projektes kam das Geriatriische Konsil auch solchen Patienten zu Gute, die sich nicht in Kliniken aufhielten. Weitere Informationen zum Geriatriischen Konsil siehe Knauf W. (1999)

Geriatrische Visite hätte auf Dritte (z. B. niedergelassene Geriater) übertragen werden müssen. Außerdem befürchteten einige Beiratsmitglieder, dass das Visite-Verfahren von Klinikärzten und Stationsmitarbeiter/-innen als Kontrolle empfunden werden könnte. Letztendlich gehe es – so die Meinung der Beiräte – darum, das Bewusstsein des Klinikpersonals für rehabilitative Maßnahmen zu verändern. Hierfür benötigten die Kliniken keine Reglementierung, sondern spezielle Fortbildungen im Erkennen von Rehabilitationsbedarf und -potenzialen.

3.2.5 Überleitungsvisite

Die Diskussionen um die Geriatrische Visite und die Ergebnisse der „Untersuchung zur Versorgung älterer Menschen nach Klinikaufenthalt in Wiesbaden“ verdeutlichten, dass einerseits weitere Anstrengungen unternommen werden müssen, um Klinikpersonal im Erkennen von Rehabilitationsbedarf und -potenzialen zu qualifizieren, andererseits aber auch Maßnahmen ergriffen werden müssen, um die Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung effektiver zu gestalten.

Insbesondere für Menschen mit Bedarf an

- ambulanten Pflege,
- ambulanten Hilfen zur Alltagsbewältigung,
- Hilfe wegen demenzieller Erkrankung,
- teilstationärer geriatrischer Weiterbehandlung,
- vollstationärer geriatrischer Weiterbehandlung,
- indikationsspezifischer Rehabilitation,
- Kurzzeitpflege und / oder
- vollstationärer Dauerpflege.

sind Maßnahmen erforderlich, die eine zeitnahe Abstimmung zwischen Kliniksozialdienst und ambulanten Sozialdienst (Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter) ermöglichen.

Der vom Projektbüro erarbeitete Entwurf einer Überleitungsvisite wurde allen Projektbeiräten, den Kliniksozialdiensten und Beratungsstellen im September 2006 zur Verfügung gestellt. Die kontrovers geführten Diskussionen in der Projektbeiratssitzung im September sowie während der Arbeitsbesprechungen mit Delegierten der Krankenhaussozialdienste und Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter (im Oktober und November 2006) verdeutlichten, dass die Überleitungsvisite in der geplanten Form nicht realisiert werden konnte. Sowohl die Krankenhaussozialdienste als auch die Sozialarbeiter/-innen der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter sahen

hierfür im engen Zeitkorsett der Fallpauschalen keine Zeitkapazitäten. Die Diskussionen führten jedoch zu einem neuen Weg der Intensivierung der Kooperationsbeziehungen. Gemeinsam entwickelten Krankenhaussozialdienste und Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter die beiden Versionen des Info-Faxes zur Planung der Klinikentlassung und Überleitung.

3.2.6 Neue Kooperationsvereinbarungen zwischen Krankenhaussozialdiensten und Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter

Nach den Diskussionen im Projektbeirat und in den Gesprächen mit Delegierten der Krankenhaussozialdienste und Beratungsstellen kamen die Beteiligten zu folgenden Ergebnissen:

- In dem Entwurf „Überleitungsvisite“ sind die relevanten Patienten definiert. Nicht alle Patienten der beschriebenen Zielgruppe wünschen jedoch die Übermittlung ihrer Daten an Dritte und/oder die Einschaltung des nachsorgenden Systems. Diesen Wünschen muss Rechnung getragen werden.
- Die Überleitungsvisite ist in der geplanten Form sowohl für die Krankenhaussozialdienste als auch für die Beratungsstellen nicht leistbar.
- Es müssen (andere) handhabbare Verfahren der Kooperation zwischen Krankenhaussozialdiensten und Beratungsstellen entwickelt werden um einen höheren Grad an Verbindlichkeit herzustellen.
- Die Kooperation zwischen Krankenhaussozialdiensten und Beratungsstellen soll im ersten Schritt über Info-Faxe sichergestellt werden.

Da sich die von den Krankenhaussozialdiensten benötigten Angaben von denjenigen unterscheiden, die für die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter relevant sind, wurden aus Gründen der Übersichtlichkeit zwei Bögen (siehe Anlage 9) entwickelt für Informationen von der Beratungsstelle an den Krankenhaussozialdienst und Informationen vom Krankenhaussozialdienst an die Beratungsstelle, die zudem zusätzlich in eine PC-ausfüllbare Form gebracht wurden.

Nach Ende des dreimonatigen Probelaufs erfolgte die Auswertung hinsichtlich Einsatz und Nutzen. Die wissenschaftliche Begleitung entwickelte hierzu ein Evaluationskonzept.

Die Auswertungen wurden den Beratungsstellenmitarbeiter/-innen im Gemeinsamen Team am 28. Juni 2007 und den

Projektbeiräten in der Sitzung am 13. September vorgestellt. Im nächsten Schritt werden sie mit den Krankenhaussozialdiensten in der Sitzung der DVSG Regionalgruppe Hessen-Süd am 16. Oktober diskutiert.

Evaluation der Info-Faxe zur Planung der Klinikentlassung und Überleitung

In der im Rahmen des GeReNet.Wi durchgeführten Untersuchung zur Versorgung älterer Menschen nach Klinikaufenthalt in Wiesbaden (Schönemann-Gieck, P. 2006) wurde evident, dass die Zusammenarbeit zwischen den Kliniksozialdiensten und den Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter bei der Überleitung älterer, hilfs- und pflegebedürftiger Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt zwar sehr zufrieden stellend bewertet wird, sie aber nicht immer lückenlos funktioniert: In einigen Fällen wurden Patienten entlassen, ohne dass die häusliche Versorgung frühzeitig vorbereitet werden konnte, da die zuständigen Sozialarbeiter/-innen in den Beratungsstellen nicht rechtzeitig oder gar nicht über den Krankenhausaufenthalt insgesamt und / oder den Entlassungszeitpunkt informiert waren. Aus diesem Grund wurde im GeReNet.Wi beschlossen ein Instrument einzuführen, das diesen Informationstransfer vereinfacht und sicherstellt. Die Zielgruppe wurde genau definiert. Ziele der Maßnahme sind die allgemeine Verbesserung der Kooperation zwischen Krankenhaussozialdiensten und Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter, die Intensivierung des Informationsflusses zwischen Klinik und ambulantem Versorgungsbereich und ein besseres, lückenloseres „Case finding“ von Selbstständigkeitsverlust bedrohter Personen.

Die Evaluation des Info-Faxes orientiert sich an folgendem Ablaufplan und beinhaltet vier Phasen (siehe Abbildung).

I. Vorbereitungsphase

In Zusammenarbeit mit den Beratungsstellenmitarbeiter/-innen und der DVSG-Regionalgruppe Hessen-Süd wurden die beiden Versionen „Info-Fax für die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter“ und „Info-Fax für die Krankenhaussozialdienste“ jeweils in einer PC- und einer Faxversion fertig gestellt.

II. Probelauf

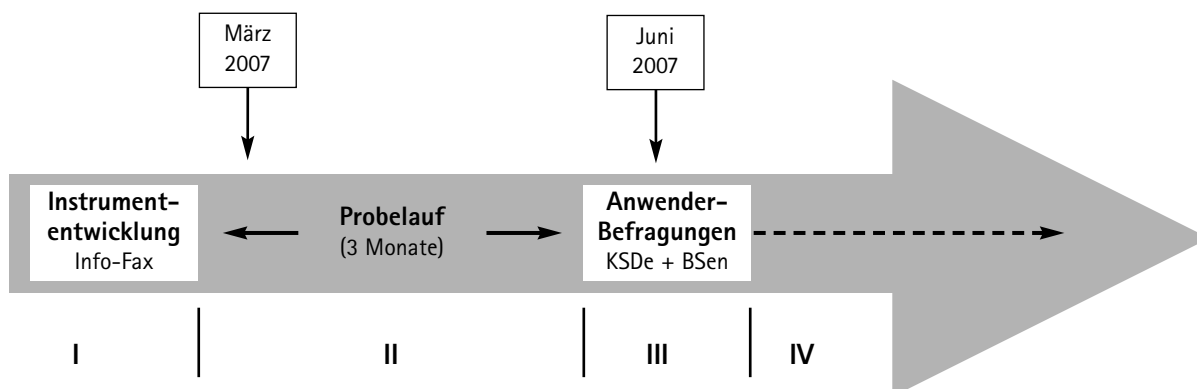
In einem Regionaltreffen des DVSG und einer gemeinsamen Teambesprechung der Mitarbeiter/-innen der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter wurden die jeweiligen Instrumente vorgestellt und eingeführt und zugleich die Evaluation des Instrumentes und des Verfahrens nach einem Probelauf von drei Monaten (Anfang März bis Ende Mai 2007) angekündigt.

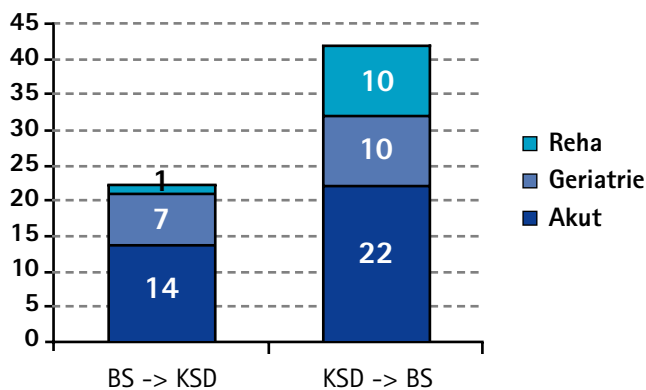
III. Evaluation

Sowohl die von den Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter gesendeten als auch die bei ihnen eingegangenen Faxe wurden gesammelt und in regelmäßigen Abständen an die wissenschaftliche Begleitung zur Auswertung weiter gegeben.

a) Erste Auswertungen der Infofaxe

Für die Projektbeiratssitzung im April 2007 wurde eine Auswertung der bis dato eingegangenen Info-Faxe vorgenommen. Der Auswertungszeitraum bezog sich auf 5 1/2 Wochen. In diesem Zeitabschnitt wurden über insgesamt 64 Faxe Informationen zwischen Krankenhaussozialdiensten und Beratungsstellen transportiert, so dass im Schnitt 12 Personen mit dem neuen, standardisierten Verfahren übergeleitet worden waren. Fast zwei Drittel der Faxe (n = 42) kamen von den Kliniksozialdiensten und in 22 Fällen schickten die Sozialarbeiter/-innen der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter ein Info-Fax an die Klinik.





Die beiden Patientengruppen unterschieden sich hinsichtlich ihres Geschlechts (je ca. 70% Frauenanteil) und ihres Alters (Ø 80 Jahre, 61 – 93) nicht von einander, ebenso hatten beide Patientengruppen zu fast zwei Dritteln Angehörige. Während über 70% der von den Kliniken übergeleiteten Patienten noch keine Pflegestufe nach SGB XI besaßen, waren es bei den von den Beratungsstellen initiierten Kontakten nur knapp 60%.

Es wurde deutlich, dass über das Fax Informationen in die Kliniken transportiert werden, die den dortigen Sozialarbeitern oft nicht vorliegen. So machten die Kliniksozialdienste in fast 40% der Fälle keine Angaben über das Vorhandensein von Angehörigen (bei den Beratungsstellen fehlten lediglich 19%) und hinsichtlich des Bezugs von Grundsicherungsleistungen (SGB XII) wussten die Kliniksozialarbeiter/-innen in weniger als einem Fünftel der Fälle über ihre Patienten Bescheid (die Beratungsstellen machen Angaben in über 90% der Faxe).

In 7% der Fälle baten die Kliniksozialdienste die Mitarbeiter/-innen der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter darum, ihre Patienten noch in der Klinik zu kontaktieren und direkt einen Termin zu vereinbaren. Bei 31% wünschten die Patienten nach Auskunft der Kliniksozialarbeiter die Kontaktaufnahme erst nach der Entlassung aus der Klinik. In 69% der Fälle betraf das Infifax andere Informationen z. B. zum Aufenthalt oder der Weiterverlegung bzw. dem Tod eines Patienten / Klienten, der Ablehnung einer Rehabilitation durch den Patienten oder die Nachfrage zu bestehenden Hilfen (z.B. bei Patienten mit Demenz). Weiterhin wurden in dieser Kategorie Bitten formuliert, zum Beispiel sich um Angehörige zu Hause zu kümmern oder die eingeleiteten Hilfemaßnahmen zu überprüfen.

Die Handlungsanweisungen in den 22 von den Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter in die Kliniken geschickten Faxe beinhalteten zu 14% die Bitte, Kontakt zum Patienten (ihrem Klienten) aufzunehmen. 41% enthiel-

ten Hinweise, die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter vor Kontaktaufnahme zum Patienten zu verständigen. In 45% wurden Hinweise über regionale Hilfeangebote, die zur Versorgung herangezogen werden sollten oder andere Besonderheiten zu Hause (z. B. „ist Analphabetin“ oder „pflegebedürftige Mitbewohner“) gegeben. Zum Teil diente das Fax dazu, den aktuellen Aufenthaltsort eines Klienten / einer Klientin festzustellen.

Zusammenfassend kann konstatiert werden, dass die erste Auswertung eine gute Inanspruchnahme der Info-Faxe auf beiden Seiten belegt – d. h. sowohl Kliniksozialdienste als auch die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter akzeptieren das neue Instrument. Bei Faxen, die nicht an den für den jeweiligen Patienten zuständigen Ansprechpartner gefaxt worden waren, schien die Weiterleitung an die jeweils zuständigen Mitarbeiter trotzdem gut zu funktionieren. Probleme bereitet der klinikinterne Überleitungsbogen der Dr. Horst Schmidt Klinik, da dieser oft statt des Info-Faxes verwandt wurde aber viel umfangreicher zum Ausfüllen ist, was u. E. den Einsatz oft verhinderte. Da er nicht die gleichen Kategorien wie das Info-Fax hat, ist eine Vergleichbarkeit nicht gegeben. Zudem ist dort nicht der Absender mit Fax- oder Telefonnummer eingetragen, so dass eine Kontaktaufnahme durch die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter in keinem der Fälle möglich ist und Rückfragen oder Informationen nicht gestellt bzw. gegeben werden können. Eine Homogenisierung der Überleitungsvordrucke ist grundsätzlich sehr wünschenswert.

b) Anwenderbefragung der Krankenhaussozialdienste

Am 5. Juni 2007 startete die Versendung der Fragebögen für die Kliniksozialdienste per E-Mail und in zwei Fällen postalisch. Da zum Teil mehrere Teams in einer Institution angesiedelt sind, wurden insgesamt 12 Fragebögen an Teams in neun Kliniken verschickt. Nach Ablauf der Rücksendefrist wurden die fünf Adressaten der noch ausstehenden Fragebögen telefonisch oder per E-Mail an die Rücksendung erinnert.

Die Auswertungen beziehen sich auf acht Fragebögen aus acht der neun angeschriebenen Kliniken, die Rücklaufquote liegt somit bei 67%. Die befragten Teams umfassen 11 Vollzeit- und 14 Teilzeitkräfte. Im Folgenden sind die Ergebnisse der Befragung kurz dargestellt, fehlende Werte wurden nicht berücksichtigt. Unter den quantitativen Angaben sind die Aussagen der Befragten wörtlich aufgeführt.

- Wie zufrieden sind Sie mit der Kooperation mit den Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter bei der Entlassung älterer, unterstützungsbedürftiger Patienten?

eher zufrieden
7 (100%)

weiß nicht
0

unzufrieden
0

- Wie hat sich diese Zusammenarbeit durch die Einführung der Info-Faxe entwickelt?

sehr positiv
0

eher positiv
4 (57%)

gleich geblieben
2 (29%)

eher negativ
1 (14%)

sehr negativ
0

- schon vorher gute Zusammenarbeit
- mehr Kontakt
- schnell, bei Nicht-Erreichen trotzdem Infofluss – Kontakt jedoch „unpersönlich“ geworden – schade
- der Großteil der Patienten wünscht keine Kontaktaufnahme seitens der Beratungsstellen, daher konnte das Infofax kaum eingesetzt werden. Die Patienten bekommen weiter bei Bedarf Infos zu den Beratungsstellen ausgehändigt
- weniger direkte Kommunikation mit Möglichkeit, Nachfragen sogleich zu klären und vorliegende Infos direkt und zeitnah auszutauschen, zusätzlicher bürokratischer Aufwand (-> negative Bewertung)

- Wie kommen Sie mit dem Faxblatt zurecht, das Sie in die Beratungsstelle schicken?

sehr gut
5 (71%)

eher gut
2 (29%)

mittelmäßig
0

eher schlecht
0

sehr schlecht
0

- aber zu umfangreich

- Wie bewerten Sie die Version, die Sie von den Beratungsstellen für selbständiges Leben erhalten?

sehr gut
4 (67%)

eher gut
2 (33%)

mittelmäßig
0

eher schlecht
0

sehr schlecht
0

- Einverständniserklärung der Patienten ist auf dem Formular nicht vorhanden
- habe noch keine Infofaxe erhalten (-> missing)
- ersetzt nicht das telefonische Gespräch, daher grundsätzlich verzichtbar

- Wie hat sich i. E. die Entlassungs- und Nachsorgequalität für geriatrische Patienten in Wiesbaden durch die Einführung der Fax-Überleitung verändert?

sehr positiv
0

eher positiv
0

gleich geblieben
5 (100%)

eher negativ
0

sehr negativ
0

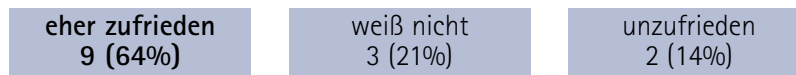
- schon vorher gut
- Formblatt erleichtert Kontakt
- da wir kaum Rückmeldungen bekommen, kann die Frage nicht beantwortet werden (-> missing). Wünschen uns Feedback über vereinbarte bzw. ergriffene Maßnahmen nach Entlassung
- keine geriatrische Reha

Einschränkend ist zu bemerken, dass die Fragebögen nicht immer im Team ausgefüllt wurden und somit nicht zwangsläufig die Erfahrungen aller Sozialarbeiter der Klinik (-Abteilung) repräsentieren.

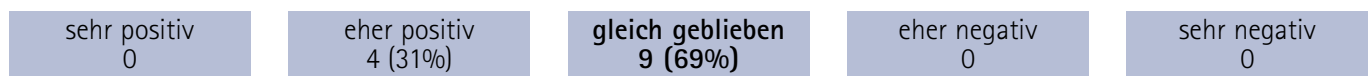
c) Anwenderbefragung der Mitarbeiter/-innen der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter

Die Befragung der Mitarbeiter/-innen der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter wurde im Rahmen einer Gesamtteam-Veranstaltung am 28. Juni 2007 durchgeführt. Von den 20 Mitarbeiter/-innen waren 14 (70 %) anwesend – jede(r) füllte einen Fragebogen aus. Auch hier sind die Fragen und Ergebnisse im Folgenden übersichtlich aufgeführt.

- **Wie zufrieden sind Sie mit der Kooperation mit den Kliniksozialdiensten bei der Entlassung älterer, unterstützungsbedürftiger Patienten?**

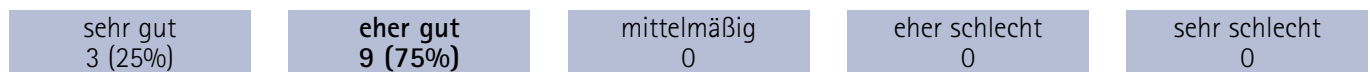


- **Wie hat sich diese Zusammenarbeit durch die Einführung der Info-Faxe entwickelt?**



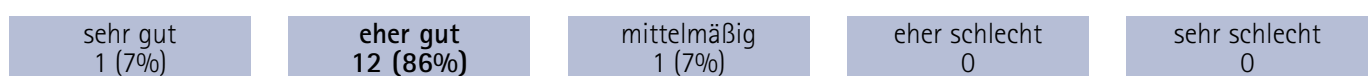
- sicherer Erstinfoweg, Telefonat danach mit zielgerichteten Fragen
- die, die sich vorher schon telefonisch gemeldet haben, melden sich jetzt fast immer mit Info-Fax
- einige Kliniken melden sich mehr als vorher, bei den meisten ist es jedoch gleich geblieben
- Zahl der Informationen ist deutlich angestiegen.
- nach wie vor erfolgen wenige Rückmeldungen
- je nach Krankenhaussozialdienst ist die Rückmeldung (ob Fax oder telefonisch) unterschiedlich und in der Regel nicht ausreichend und zeitnah
- es kommen Rückmeldungen aus dem Krankenhaus, die vorher unterblieben wären
- positiv deswegen, weil die Beratungsstelle öfter eingeschaltet wird

- **Wie kommen Sie mit dem Faxblatt zurecht, das Sie in die Kliniken schicken?**



- Faxblatt wurde mit uns abgesprochen – beinhaltet daher alle wichtigen Punkte
- alle Infos, die weiter gegeben werden sollen, sind darin enthalten
- übersichtlich gestaltet – steht alles Notwendige drin
- einfach handhabbar, Platz für zusätzliche Infos ist ausreichend
- habe noch keins geschickt, da ich vorher nicht mitbekam, wann ein Klient eingewiesen wurde
- da häufig telefonisch schlecht zu erreichen, bietet das Faxblatt die Möglichkeit, alle Fragen und Infos unterzubringen
- alle wichtigen Infos sind drauf – ist schnell auszufüllen
- beim Versenden von Faxen in die Klinik kommt meistens Rückmeldung
- kommt relativ selten zum Einsatz, weil die Info, dass Klienten von mir im Krankenhaus sind, von der Klinik kommt

- **Wie bewerten Sie die Version, die Sie von Kliniksozialdiensten erhalten?**



- Version in Ordnung, wird nur sehr unterschiedlich eindeutig bzw. unvollständig ausgefüllt
- sie entsprechen in der Regel dem Bedarf, manchmal überzogen
- alles Wichtige ist drauf – okay
- immer noch unübersichtlich

- es kommen nicht von allen Krankenhäusern Faxe, aber wenn, dann sind sie gut ausgefüllt
- Informationen, die ich weiter geben möchte, kann ich strukturiert weiter geben
- alle Infos, die ich weiter geben möchte, sind erhalten

► *Wie hat sich i. E. die Entlassungs- und Nachsorgequalität für geriatrische Patienten in Wiesbaden durch die Einführung der Fax-Überleitung verändert?*

sehr positiv 0	eher positiv 4 (29%)	gleich geblieben 10 (71%)	eher negativ 0	sehr negativ 0
-------------------	-------------------------	------------------------------	-------------------	-------------------

- zielgerichtete Fragestellungen möglich, dadurch Organisationszeit etwas kürzer
- gehe davon aus, dass die Faxe sich langfristig positiv auswirken
- die Zahl der Infofaxe ist zu gering, es wird zu wenig benutzt, um die Qualität sichtbar zu steigern
- da uns jetzt mehr Klienten als vorher gemeldet werden
- Informationen kommen gesammelt auf einem Blatt und nicht in mehreren Telefonaten
- durch rechtzeitige Info ist Kontaktaufnahme möglich

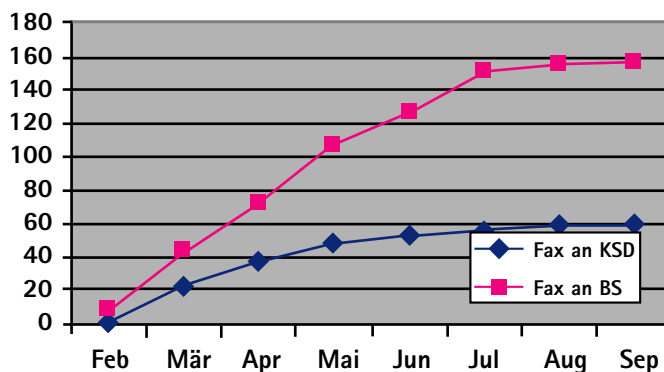
Nach der Befragung wurde zusätzlich ein mündliches Feedbackgespräch durchgeführt. Hinsichtlich der weiteren Nutzung der Infofaxe wurde bemerkt, dass v. a. in letzter Zeit verstärkt Anrufe aus den Kliniken kommen, die Faxe werden dann auf Nachfrage geschickt. Die Beratungsstellenmitarbeiter/-innen beobachten eine nachlassende Nutzung des Info-Faxes seitens der Kliniksozialdienste. Insbesondere aus dem St. Josefs-Hospital und der Dr. Horst Schmidt Klinik gibt es eine unterdurchschnittliche Teilnahmebereitschaft.

Positiv wird hervorgehoben, dass Informationen und Nachfragen in die Klinik übermittelt werden können, unabhängig von der Erreichbarkeit der Sozialdienste. So ist es möglich, viele Angelegenheiten gleich zu klären und gezielter zu antworten, da vorher in den Daten nachgelesen werden kann.

IV. Überlegung zur Verstetigung

Eine aktuelle Auszählung der bis Ende Mai gesandten Infofaxe zeigt, dass die Anzahl zwar leicht zurückgegangen ist, die Nutzung des Instruments jedoch nach wie vor als gut zu bezeichnen ist. Zwischen März und Mai 2007 – d.h. in den drei Monaten „Probelauf“ wurden insgesamt 156 Faxe zwischen den Kliniken und Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter verschickt – 49 von den Beratungsstellen ins Krankenhaus und 107 von den Kliniksozialdiensten in die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter. Letztere beziehen sich in 52 Fällen auf bereits bekannte Klienten und in 55 Fällen hatten die Patienten vorher noch keine Kontakte zu Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter.

Eine erneute Auswertung der Info-Faxe für die Projektbeiratssitzung im September 2007 thematisierte die quantitative Entwicklung des Instrumenteneinsatzes seit dessen Einführung ein halbes Jahr vorher. Insgesamt 216 Fax-Überleitungen konnten in dem Zeitraum dokumentiert werden, wobei – der Großteil (fast 3/4) von den Kliniken an die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter (157) ging, 59 wurden von den Beratungsstellenmitarbeiter/-innen in die



Kliniken gefaxt. Deskriptive Auswertungen zeigten zudem eine Abnahmetendenz bei den Geriatrien (immer weniger Überleitungen aus den geriatrischen Fachkliniken) und eine Zunahme bei den Akutkrankenhäusern. Die übergeleiteten Patienten sind zunehmend jüngeren Alters, was mit dem ersten Befund in Zusammenhang gebracht werden muss.

Insgesamt ist zu konstatieren, dass die Info-Faxe auch nach einem halben Jahr regelmäßig von beiden Seiten eingesetzt werden, allerdings auf niedrigerem Niveau. Aus diesem Grunde wurde vereinbart, noch einmal die Kliniksozialdienste zu kontaktieren, um mögliche Barrieren oder

Schwierigkeiten in der Nutzung aus dem Weg zu räumen und die Anzahl der Infofaxe noch weiter zu erhöhen. Ein ähnliches Vorgehen ist mit den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter angedacht. Im Rahmen der Evaluation ist deutlich geworden, dass die Funktion des Info-Faxes nur die eines „Türöffners“ sein soll, nicht die eines Überleitungsbogens. Diejenigen Mitarbeiter/-innen – sowohl in den Kliniken, als auch in den Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter – die das Instrument für kurze Informationsweitergaben und zum Anstoßen einer ausführlicheren telefonischen Kommunikation nutzen, stehen hinter dem Instrument und setzen es auch ein.

Im Projektbeirat wurde beschlossen, das Instrument Info-Fax nach wie vor einzusetzen. Weiterhin werden die Faxe gesammelt, um sie nach einem festgelegten Zeitpunkt erneut im Rahmen einer Punktevaluation auswerten zu können.

3.2.7 Evaluation des Verfahrens „Infobrief geriatrische Prävention“

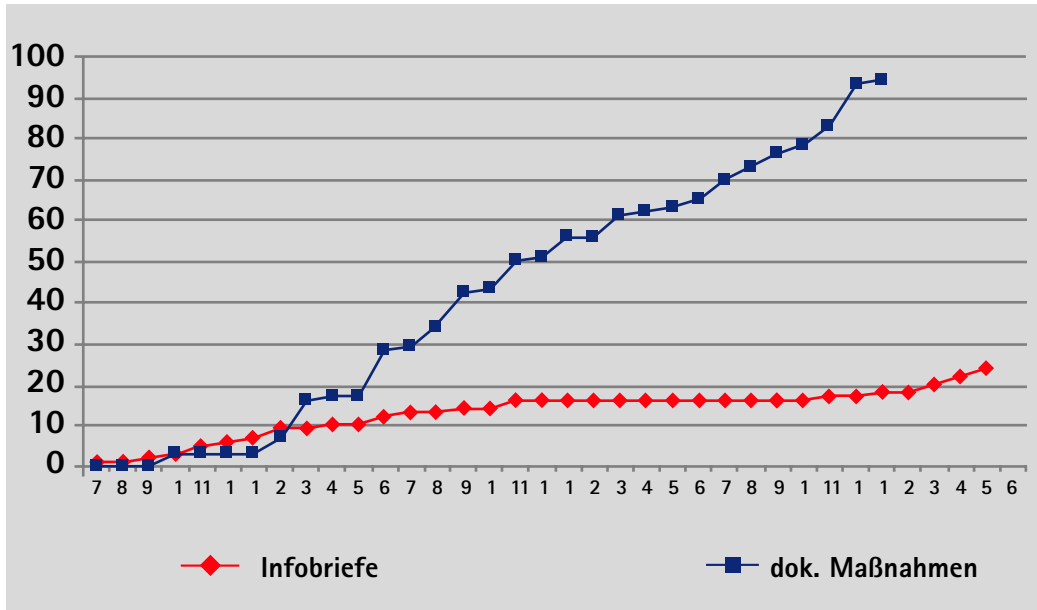
Ein Schwerpunkt des Wiesbadener Netzwerks für geriatrische Rehabilitation bildet die Früherkennung geriatrischer Rehabilitationsbedarfe durch die kommunalen Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter. Ende 2001 wurde das Instrument „Standardisierte Auswahl“ eingeführt, mit Hilfe dessen die Sozialarbeiter/-innen mögliche medizinische Interventionsbedarfe bei ihren Klienten erheben und in standardisierter Form an die jeweiligen Hausärzte weiterleiten konnten. Dieses Verfahren wurde in 2003 evaluiert, in dem die Hauptanwender (Mitarbeiter/-innen der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter und Hausärzte) schriftlich und telefonisch nach der Praktikabilität und Wirksamkeit des Verfahrens gefragt wurden. In dieser Nachbefragung wurde deutlich, dass sich durch das Verfahren die Zusammenarbeit zwischen Beratungsstellenmitarbeiter/-innen und Hausärzten verstärkt hatte. Insbesondere wurden die Barrieren einer Kontaktaufnahme aus Sicht der Beratungsstellen geringer. Allerdings wurde das Verfahren für den alltäglichen Gebrauch als zu umfangreich und umständlich bezeichnet und auch die Hausärzte präferierten einfachere und weniger bürokratische Kontakte. Das Instrument wurde daher auf nach Angaben der Anwender wichtige Bereiche reduziert und als „Infobrief geriatrische Prävention“ in der kommunalen Altenarbeit verstetigt.

Da seit 2004 die Kontaktaufnahmen immer häufiger mündlich, d.h. unstandardisiert erfolgen, in dem die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter den Hausarzt telefonisch auf Klienten mit medizinischem Interventionsbedarf aufmerksam machten, wurde beschlossen, auch diese Kontaktaufnahmen zu dokumentieren sowie den Grund aufzunehmen, warum kein „Infobrief geriatrische Prävention“ eingesetzt wurde.

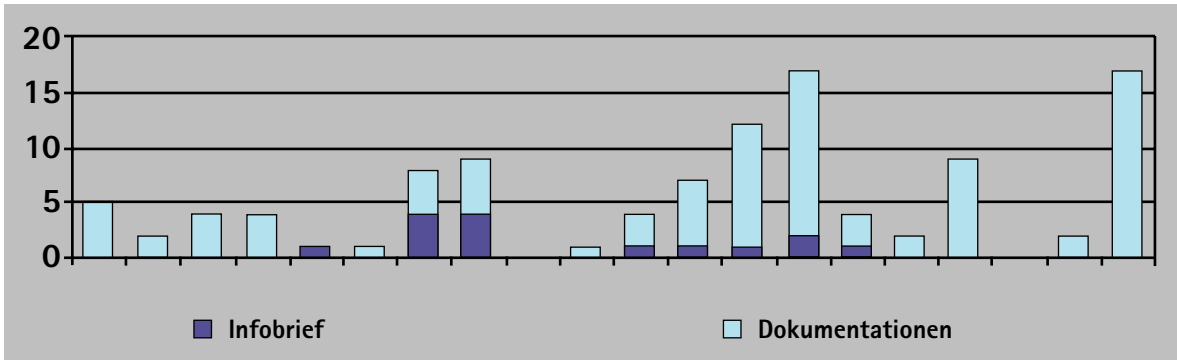
Um eine Aussage darüber treffen zu können, welche Bedeutung die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter in der Früherkennung geriatrischer Interventionsbedarfe aktuell haben, wurde die Anzahl standardisiert eingeleiteter Verfahren (also Verfahren „Standardisierte Auswahl“ und „Infobrief geriatrische Prävention“) den unstandardisiert eingeleiteten Maßnahmen („dokumentierte Maßnahmen“) gegenüber gestellt.

Während der Laufzeit des ersten GeReNet.Wi-Projektes wurden in 18 Monaten 81 Verfahren „Standardisierte Auswahl“ durch die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter eingeleitet, was eine Quote von 4,5 Verfahren pro Monat entspricht. In der Phase nach GeReNet.Wi I wurden in 31 Monaten 18 „Infobriefe geriatrische Prävention“ an Hausärzte weitergeleitet. Zusätzlich wurden seit Einführung des Dokumentationsbogens für realisierte Maßnahmen in 23 Monaten weitere 94 Maßnahmen (teil-/vollstationäre geriatrische Behandlung und Rehabilitation, Heil- oder Hilfsmittel) aufgrund der Initiativen der Sozialarbeiter/-innen durch die Hausärzte verordnet bzw. initiiert. Das bedeutet, dass nach Ablauf der Projektphase das Engagement der Beratungsstellenmitarbeiter/-innen bezüglich der Kontaktaufnahme mit den Hausärzten nicht wesentlich zurückging bzw. blieb annähernd gleich.

Folgende Grafik zeigt die Entwicklung der Verfahren (kumulative Häufigkeiten) in der zweiten Förderphase des GeReNet.Wi bzw. seit Verstetigung des Verfahrens auf. Die Kurve zeigt eindeutig einen Trend weg von den Infobriefen hin zur telefonischen Kontaktaufnahme zur Dokumentation der realisierten Maßnahme – d.h. zu einer unstandardisierten Kommunikation zwischen Beratungsstellen und Hausärzten.



Eine Auswertung pro Beratungsstellenmitarbeiter/-in zeigte große Unterschiede in der Bereitschaft zur Anwendung des „Infobriefs“ einerseits und der Einleitung von Verfahren andererseits.



Eine weitere Fragestellung betraf die Maßnahmen, zu denen die Initiativen der Beratungsstellen führen. D.h. wie reagieren die Hausärzte auf die Hinweise der Sozialarbeiter/-innen?

	StAu-Maßnahmen (n = 54) Laufzeit: 18 Monate		Infobrief- und dokumentierte Maßnahmen (n = 100) Laufzeit: 23 Monate	
	N	monatlich	N	monatlich
Geriatric - vollstationär	22	1,2	21	0,9
Geriatric - teilstationär	20	1,1	12	0,5
Heilmittel	6	0,3	10	0,4
Hilfsmittel	6	0,3	57	2,5
Maßnahmen gesamt	54	3,0	100	4,3

Die Auswertung der eingeleiteten Maßnahmen verwies auf zunehmend weniger Einweisungen in die Geriatric. Die Bedeutung der Heilmittel war nach wie vor gering und ein starker Anstieg der Hilfsmittelverordnungen war zu verzeichnen.

Eine Auswertung der Gründe gegen den Einsatz eines Infobriefes zeigte folgende Barrieren auf: 54 x war die Absprache mit dem Hausarzt telefonisch möglich und das Ausfüllen und Weiterleiten des Infobriefes nicht notwendig. 24 x war es Wunsch der Angehörigen, sich nach der erfolgten ausführlichen Beratung selbst darum zu kümmern, ein Mal lehnte der Hausarzt einen Infobrief ab. 15 x wurden andere „sonstige Gründe“ angegeben, nämlich dass der Klient sich nach der Beratung selbst mit seinem Hausarzt in Verbindung gesetzt hat (2 x), dass dem Arzt unbekannt war, dass er solch eine Maßnahme [vollstationäre geriatrische Behandlung und Rehabilitation] einleiten kann (2 x), dass die Infoweitergabe über den Pflegedienst erfolgte, die Infoweitergabe direkt über den MDK bei Begutachtung erfolgte oder eine Information und Beratung durch ein Sanitätshaus geleistet wurde (je 1 x).

Schließlich wurde der Frage nachgegangen, warum das Angebot des Geriatrischen Konsils kaum noch wahrgenommen wird. Als mögliche Barrieren wurden genannt:

- die aufwändige Terminvereinbarung,
- die oft notwendige Organisation einer Begleitperson,
- die Transportkosten, die seit Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG) nur noch in begründeten Ausnahmefällen übernommen werden,
- die Tatsache, dass das Geriatrische Konsil nicht zwangsläufig zur gewünschten Maßnahme führt und damit oft Vermittlungsprobleme bei den Klienten entstehen,

- dass der Hausarzt die Notwendigkeit nicht sieht und direkt in eine Klinik einweist und schließlich
- dass das Ausstellen des Privatrezepts für ein Geriatrisches Konsil dem Hausarzt nicht vergütet wird.

Zusammenfassend wurde deutlich, dass die Beratungsstellen nach wie vor eine wichtige Bedeutung bei der Aufdeckung unerkannter Interventionsbedarfe haben – allerdings zunehmend in unstandardisierter Form – d.h. ohne den Einsatz eines „Infobriefs geriatrische Prävention“. Der Anteil „erfolgreicher“ Verfahren war im Vergleich zu GeReNet I angestiegen, Abbrüche sind seltener geworden.

Die wissenschaftliche Begleitung empfahl, das Verfahren „Infobrief geriatrische Prävention“ und das Geriatrische Konsil aufgrund der relativ geringen Akzeptanz seitens der Sozialarbeiter/-innen und der Hausärzte neu zu überdenken.

Der aufgetretenen Frage, welche Ursachen die Unterschiede in der Anwendungsbereitschaft zwischen den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter zu Grunde liegen, wurde in einzelnen Monitoring-Gesprächen nachgegangen (siehe hierzu auch Gliederungspunkt 3.1.5)

3.3 Schwerpunkt III: Niederschwellige Angebote



In diesem Schwerpunkt wurden unterschiedliche Maßnahmen zusammengefasst, die entweder Angebote mit niedriger Hemmschwelle für Bürger/-innen darstellen oder für betreuende / versorgende Dienste Arbeitsmittel zur Verfügung stellen und somit als Service-Leistung zu verstehen sind.

3.3.1 Informations- und Mitmachstunden in geriatrischen Tageskliniken

Soziale Aspekte spielen, so zeigten die Erfahrungen im ersten Projekt des Wiesbadener Netzwerks für geriatrische Rehabilitation, eine entscheidende Rolle bei der nachhaltigen Sicherung von Behandlungs- und Rehabilitations-

erfolgen. Gerade Patient/-innen, die über wenig soziale Kontakte verfügen, benötigen Angebote mit Aufforderungscharakter zur Stabilisierung ihrer Situation. Das in 2005 erstellte und Ende 2005 erstmals erprobte Konzept von Informations- und Mitmachstunden in geriatrischen Tageskliniken fand in 2006 große Anwendung. Die Zielsetzung des Angebotes bestand darin, die Senior/-innen zu

motivieren, nach dem Krankenhausaufenthalt einen Seniorentreff in ihrem Umfeld zu besuchen, um aktiv zu bleiben und dort neue Kontakte zu knüpfen. Sollte sich das neue Angebot bewähren, so könnte die Kooperation zwischen geriatrischen Fachkliniken und Abteilung Altenarbeit intensiviert werden, indem auch Patient/-innen der vollstationären geriatrischen Behandlung und Rehabilitation einbezogen werden.

Die fünfköpfige Planungsgruppe begann ihre Tätigkeit im Mai 2005. Nach sechs Gruppensitzungen waren die Inhalte und der Ablaufplan für die Veranstaltungen, sowie ein spezieller Flyer mit Informationen zu den Seniorentreffs ausgearbeitet, und eine Mitarbeiterin für das neue Angebot ausgewählt. Im zweiten Schritt fand je ein Gespräch in der Asklepios Paulinen Klinik und in der geriatrischen Klinik am Katharinenstift statt. Daran nahmen teil: die Fachkraft mit langjähriger Berufserfahrung, die die Angebote durchführt, eine Mitarbeiterin des Projektbüros, der Leiter eines Seniorentreffs, der jeweilige Chefarzt der Klinik, sowie eine bzw. zwei Personen, die als Ansprechpartner in der Klinik fungieren. Nachdem die Räumlichkeiten festgelegt und alle Details abgestimmt waren, konnten im November 2005 die ersten Einheiten beginnen, die 14-tägig in beiden Tageskliniken angeboten werden. In entspannter Atmosphäre erhalten die Patient/-innen der teilstationären geriatrischen Stationen Hinweise auf die Programme der Seniorentreffs in Wiesbaden. Sie erfahren wie und für welche Anliegen sie die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter kontaktieren können, welche Träger in ihrem Wohnumfeld Seniorentreffs unterhalten und welche Angebote ihren persönlichen Interessen entsprechen.

Wesentlicher Bestandteil ist eine Schnupperaktion, in der Senioren Aktivitäten der Seniorentreffs ausprobieren können.

In 2006 haben in den geriatrischen Tageskliniken der Asklepios Paulinen Klinik und in der geriatrischen Klinik am Katharinenstift ca. 40 Veranstaltungen zur Förderung sozialer Kontakte mit über 200 Patientinnen und Patienten stattgefunden.

Die Stunden werden durch die Teilnehmer/-innen und die Referentin mittels halbstandardisierter Bögen evaluiert (siehe Anlage 10). Einige Ergebnisse der Evaluation enthält die Präsentation „Evaluation der Informations- und Mitmachstunde in den Tageskliniken“, die Frau Schönemann-Gieck für die Beiratssitzung im Februar 2007 (für die bisherige Laufzeit: November 2005 bis Januar 2007) erstellte.

Bei dieser Auswertung der Fragebögen wurde deutlich, dass

- etwa 80% der Senioren weiblich waren,
- rund 30% der Teilnehmenden nicht aus Wiesbaden stammten oder keine Angabe zum Wohnort machten,
- mehr als 20% der Teilnehmenden aus unterschiedlichen Gründen (z.B. Sehvermögen zu gering) den Fragebogen nicht ausfüllten,
- die Informations- und Mitmachstunden sehr gut angenommen und bewertet wurden,
- keine validen Aussagen über die bisherige oder geplante Nutzung der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter und der Seniorentreffs möglich sind.

Es muss berücksichtigt werden, dass die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter in der Bevölkerung oftmals nicht unter dem offiziellen Titel bekannt sind, sondern unter „Altenberatung“, dem Straßennamen des Standortes (z.B. Beratungsstelle Hopfgartenstraße) oder unter dem Namen des jeweils zuständigen Mitarbeiters oder der Mitarbeiterin. Den Senioren aus dem Wiesbadener Umland ist die hiesige Altenberatung meist gar nicht bekannt, da der Tätigkeitsbereich der Beratungsstellen sich auf das Stadtgebiet begrenzt.

Ob durch dieses Angebot Zugänge zu Altenhilfeangeboten erleichtert und Hemmschwellen abgebaut werden konnten, ließ sich nicht sagen, da in den vielen und sehr unterschiedlich strukturierten Seniorentreffs keine auswertbaren Angaben erhoben wurden.

Die Informations- und Mitmachstunden laufen inzwischen (Stand 08/2007) seit 23 Monaten. Es wurden seither 73 Termine durchgeführt, an denen insgesamt 454 Patient/-innen der geriatrischen Fachkliniken teilgenommen haben. Das Angebot wird über die Projektlaufzeit hinaus fortgesetzt.

3.3.2 Adressenlisten

Die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter arbeiten mit einer sehr großen Anzahl von Kooperationspartnern zusammen. Zu den Arbeitsmitteln gehören darum umfangreiche Adressendateien, die nach Einrichtungstypen untergliedert sind. Dieses Adressenmaterial wird permanent gepflegt und regelmäßig aktualisiert. Damit auch die Partner im Wiesbadener Netzwerk davon profitieren können, wurden die Adressenlisten (u.a. der Pflegedienste, der Hauswirtschaftsdienste, der Pflegeheime, des Betreuten Wohnens) in 2007 aufgearbeitet und auf der Homepage www.wiesbaden.de hinterlegt. Interessenten wird auch auf Wunsch ein Ausdruck zugesandt.

4.1 Vorarbeiten für die Übernahme von Angeboten in die Regelversorgung

Das Projekt Nachsorge, Überleitungs- und Zugangsmanagement an der Schnittstelle von Akutversorgung und geriatrischer Rehabilitation befindet sich zurzeit in den einzelnen Schwerpunkten in unterschiedlichen Stadien (siehe Abbildung in Punkt 3). Einige Maßnahmen (Fortbildungen für Pflegedienste, Untersuchung zur Versorgungssituation, Spiegelung der Analysenergebnisse, Nettwerkkongress 2005) sind abgeschlossen. Andere Maßnahmen (Netzwerkbriefe, niederschwellige Nachsorgeangebote in Tageskliniken, Fortbildungen in Kliniken, für Ärzte, Fallmanagement, Aufbau quartiersbezogener Netze, Adresskarte, Adressenlisten, Info-Fax für die Kooperation zwischen Krankenhaussozialdiensten und Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter) befinden sich in der Umsetzungs- bzw. Verstetigungsphase. Die Fachtagung „Kompetenz durch Kooperation und Vernetzung. 7 Jahre Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation“ ist in der Vorbereitungsphase (siehe Anlage 12).

Von Seiten der Abteilung Altenarbeit wurde angestrebt, im Amt für Soziale Arbeit eine permanente Koordinationsstelle für den Netzwerkausbau einzurichten. Hierzu fanden amtsintern alle erforderlichen Planungen und Abstimmungen statt. Eine entsprechende Sitzungsvorlage für Magistrat und Stadtverordnetenversammlung brachte das Ergebnis, dass die im GeReNet.Wi entwickelten Arbeitsweisen nach dem 30. April 2007 fortzusetzen und die Aufgaben zum Aufbau des „Forum Demenz Wiesbaden“ zusätzlich zu übernehmen sind.

4.2 Forum Demenz

Wiesbaden hat zahlreiche Dienste und Einrichtungen, die sich um Menschen mit demenziellen Erkrankungen kümmern. Der Bekanntheitsgrad ist jedoch nicht ausreichend und die Reichweite ist zu gering. Im Wissen um diese Sachlage, luden EVIM (Evangelischer Verein für Innere Mission) und die Abteilung Altenarbeit Personen aus kommunalen, freige-meinnützigen und privaten Institutionen, die sich für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen engagieren, zu einem Workshop im Oktober 2006 ein, um miteinander über einen zukunftsfähigen Weg zur Versorgung und Betreuung von Menschen mit Demenz zu beraten.

Der Arbeitskreis, der sich während dieser Auftaktveranstaltung bildete, beschäftigte sich in den folgenden Wochen mit inhaltlichen und organisatorischen Planungen für die Einrichtung eines „Forum Demenz“. Das „Forum Demenz“ soll eine Plattform bilden, auf der Angebote zusammengeführt werden. Handlungsansätze bestehen in Bezug auf

- das Schaffen von Transparenz (bestehende Angebote in Fachkreisen und bei der Bevölkerung bekannt machen),
- das Aufeinanderabstimmen der Angebote (definierte Behandlungs- und Betreuungspfade),
- die Verhinderung von Unterversorgung (Angebote der Bevölkerung zugänglich machen und Reichweite erhöhen) und
- die Verbesserung der Diagnostik (Förderung der Frühdiagnostik von Demenzerkrankungen sowie Differenzialdiagnostik zur Abgrenzung von anderen Erkrankungen).

Die Koordinationsstelle des Forums Demenz wurde im Amt für Soziale Arbeit angesiedelt, um eine weitgehende Trägerneutralität zu bieten. Strukturen und Netzwerkerfahrungen aus dem GeReNet.Wi sollen in das Forum Demenz einfließen, da es sowohl im Kontext „geriatrische Behandlung und Rehabilitation“ als auch im Kontext „Demenz“ um Koordination und Kooperation geht.

Die Stadt Wiesbaden (Amt für Soziale Arbeit, Abteilung Altenarbeit) erhielt den Auftrag, den in der Arbeitsgruppe abgestimmten Förderantrag beim Hessischen Sozialministerium einzureichen. In einer Kick off-Veranstaltung am 25. Mai 2007 im Wiesbadener Rathaus konnten sich Bürgerinnen und Bürger über aktuelle Beratungs-, Hilfs- und Unterstützungsangebote informieren. Die von den Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter erarbeitete Broschüre „Demenz – Angebote für Betroffene und deren Angehörige“¹⁸, zu der die Träger von Angeboten mit ihren Angaben beigetragen haben, wurde erstmals in der Öffentlichkeit präsentiert.

¹⁸ siehe Literaturverzeichnis

5 Bewertung und Ausblick

Träger des Wiesbadener Netzwerkes für geriatrische Rehabilitation ist die Abteilung Altenarbeit im Sozialdezernat der Landeshauptstadt Wiesbaden, d.h. der örtliche Sozialhilfeträger.

Während der gesamten Projektphase und in den damit verbundenen Fachdiskussionen wurde und wird immer wieder die Frage aufgeworfen, in welchem Kontext das GeReNet.Wi zur Aufgabenstellung der örtlichen Sozialhilfe steht. Diese Fragestellung wird im Folgenden aufgegriffen und in den Kontext der Verpflichtungen für den örtlichen Sozialhilfeträger aus dem SGB XII (Sozialhilfe) gestellt. Darauf aufbauend werden Perspektiven für die Zukunft abgeleitet.

Vor dem Hintergrund, der sich schon in den 80-iger Jahren abzeichnenden demografischen Entwicklung, wurde bereits 1983 in Wiesbaden die erste Beratungsstelle für selbständiges Leben im Alter als sozialer Dienst der städtischen Altenarbeit eingerichtet – zunächst als Modellversuch. Dieser Entscheidung lag die Erkenntnis zu Grunde, dass sich mit dem wachsenden Anteil alter Menschen zum einen die quantitativen Ausprägungen bereitzustellender Hilfen verändern werden, zum anderen aber auch die qualitativen Anforderungen an das ganze Unterstützungssystem im Wandel sind. Die älter werdenden Generationen waren und sind es gewohnt ihr Leben selbstbestimmt und selbstständig zu gestalten und möchten dies auch im Falle der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit. Entsprechend bezieht sich die Aufgabenstellung der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter nicht auf Hilfethemen, sondern auf Zielsetzungen, die mit den älteren Menschen gemeinsam bestimmt werden. Die Sozialarbeiter/-innen dort haben dafür Sorge zu tragen, dass die älteren Menschen möglichst lange in Ihrer Häuslichkeit selbstständig leben können. Alle dazu notwendigen Unterstützungsformen sind im Rahmen der Fallarbeit mit den jeweils Betroffenen selbst, ihren Angehörigen und Nachbarn aufzubauen. Hierfür bedarf es vielfältiger Kooperationen.

Mittlerweile sind die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter als sozialer Dienst der Stadt Wiesbaden mit insgesamt 16 Vollzeitstellen ausgestattet und in allen Stadtteilen vertreten. In der Alltagsarbeit der Beratungsstellen zeigt sich immer wieder Folgendes: Wer sich um alte Menschen kümmert, ist immer gleichzeitig mit sozialen und medizinischen Fragestellungen konfrontiert. Dieses gilt – so jedenfalls die Wiesbadener Erfahrungen – sowohl für die Akteure der Altenhilfe als auch für die des Gesundheitswesens.

Auf der Grundlage dieser fachlichen Erkenntnisse wird deutlich, wie in Wiesbaden der Weg ins GeReNet.Wi gefunden wurde. Offen bleibt damit aber weiterhin die Frage, warum sich der Sozialhilfeträger entschieden hat, den in diesem Bericht ausführlich beschriebenen Weg zu gehen und welche Perspektiven sich damit eröffnen können.

Auftragslage aus der Sozialhilfe

Die Arbeits- und Auftragsgrundlage für den örtlichen Sozialhilfeträger bildet das SGB XII. Insgesamt sind drei gesetzliche Regelungen in diesem Kontext von Bedeutung.

Nachrang der Sozialhilfe (§ 2 SGB XII)

Sozialhilfe darf nur gewährt werden, wenn alle anderen Möglichkeiten der Hilfe ausgeschöpft sind. Hieraus leitet sich nicht nur die Verpflichtung ab, alle finanziellen Ressourcen vorrangig einzusetzen, sondern auch der Auftrag, dafür Sorge zu tragen, dass alle Möglichkeiten der konkreten Hilfeleistungen vorrangig in Anspruch genommen werden. Damit verbunden obliegt dem Sozialhilfeträger die Verantwortung, dass zunächst Leistungen aus anderen Sozialgesetzbüchern explizit und angemessen entsprechend den individuellen Bedarfen zur Verfügung stehen.

Ambulant (häuslich) vor teilstationär, teilstationär vor stationär (§ 13 SGB XII)

Die Ausgestaltungen der Leistungen der Sozialhilfe sind so vorzunehmen, dass vorrangig ambulante Hilfen und Maßnahmen in Anspruch genommen werden können. Für den Bereich der Altenarbeit besteht im Kontext der Hilfs- und Pflegebedürftigkeit ein enger Zusammenhang zu den Regelungen des SGB XI. Der Sozialhilfeträger ist an die Entscheidung der Pflegekasse zur Einstufung eines Pflegebedürftigen gebunden (§ 62 SGB XII). Mit der Einstufung nach SGB XI ist – aufgrund der unterschiedlichen Beiträge für die Sachleistungen – in der Regel auch die Versorgungsart (ambulant bzw. stationär) vorgegeben, d.h. mit der Festlegung der Pflegestufe durch die Pflegekasse wird fast immer entschieden, wer ins Heim kommt oder wer zu Hause versorgt wird. Die Sozialhilfeträger können für die von ihnen zu finanzierenden Situationen Festlegungen in Einzelfällen in Frage stellen, allerdings ist dies für die Betroffenen die ungünstigste aller vorstellbaren Situationen. Die Auseinandersetzungen zwischen den Sozialleistungsträgern führen in der Regel dazu, dass zunächst keine Hilfe gewährt wird.

Prävention und Rehabilitation vor Pflege (§ 14 SGB XII)

Dieser Grundsatz verpflichtet den örtlichen Sozialhilfeträger, Maßnahmen der Rehabilitation und Prävention vorrangig vor allen anderen Leistungen auszuschöpfen. Die Regelung gilt, auch wenn normalerweise keine rehabilitativen Leistungen von der Sozialhilfe zu finanzieren sind. Für den Bereich der Altenarbeit ist dieser gesetzlichen Verpflichtung so zu entsprechen, dass kooperative Formen des Zusammenwirkens der Akteure aufgebaut werden und Maßnahmen der Prävention und Rehabilitation bedarfs- und bedürfnisgerecht in Anspruch genommen werden können.

Bewertung

Vor dem Hintergrund dieser gesetzlichen Verpflichtungen ist das Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation, sowie in Zukunft auch das Forum Demenz zu sehen.

Ausschlaggebend für Kooperationsgemeinschaften sind allerdings weniger rechtliche Normierungen als viel mehr Problemlösungsstrategien, die dem jeweils anderen Kooperationspartner die Arbeit erleichtern. Am Beispiel der Aufdeckung latenter geriatrischer Behandlungs- und Rehabilitationsbedarfe zu Hause lebender älterer Menschen durch die kommunalen Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter wird deutlich, dass die Umsetzung der rechtlichen Anforderungen des SGB XII gleichzeitig als Maßnahme zur Stabilisierung der häuslichen Situation bewertet werden muss. Zugleich wird die Kompetenz und Handlungssicherheit der Mitarbeiter/-innen in den Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter erhöht.

Solche Kooperationen, wie sie im GeReNet.Wi aufgebaut wurden, funktionieren dann nachhaltig, wenn von allen beteiligten Akteuren ein eigener Nutzen wahrgenommen wird („win-win-Situation“). So profitieren neben den Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter auch die hausärztlichen Praxen von der engen Zusammenarbeit, z. B. wenn im Zuge der ärztlichen Versorgung und Behandlung u.a. soziale Problemlagen deutlich werden, die direkt an die Beratungsstellen weiter gegeben werden und dort zielgerichtet und kompetent zu lösen sind.

Die Abschlussstagung der Modellphase des Wiesbadener Netzwerks für geriatrische Rehabilitation trägt daher folgerichtig den Titel „Kompetenz durch Kooperation und Vernetzung“ (siehe Anlage 12).

Perspektiven

Auf der Grundlage rechtlicher Anforderungen, fachlicher Analysen und der Bewertungen aus den Diensten und Einrichtungen der Altenhilfe und des Gesundheitswesens ist es für Wiesbaden gelungen, Kooperationen zwischen hausärztlichen Praxen, geriatrischen Fachkliniken, Akutkrankenhäusern, Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter, Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen in Wiesbaden aufzubauen. Insbesondere die vielfältigen Rückmeldungen betroffener älterer Menschen und ihrer Angehörigen im Rahmen des Fallmanagements der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter bestätigen, dass der Wiesbadener Weg zur Ausgestaltung gesetzlicher Anforderungen des SGB XII sinnvoll ist.

Allerdings ist jedes Netz starken Belastungen ausgesetzt. Ein Netzwerk ist kein statisches Gebilde, sondern muss ständig den aktuellen Bedarfslagen angepasst werden. Auch die Wiesbadener Netzwerkarbeit ist permanent Veränderungserfordernissen unterworfen. Nicht zuletzt auf Grund der ständigen Anpassungsbedarfe an sich verändernde Systeme und normativer Veränderungen müssen die Kooperationsstrukturen immer wieder aktualisiert werden. Eine zentrale Voraussetzung für die Fortentwicklung der im GeReNet.Wi aufgebauten Vorgehensweisen ist daher, die Netzwerkarbeit als festen Bestandteil in die kommunale Altenhilfe zu integrieren. Hierfür haben Magistrat und Stadtverordnetenversammlung inzwischen die Basis geschaffen.

Derzeit stehen die Herausforderungen an die Hilfesysteme im Fokus, die sich durch die Zunahme demenzieller Erkrankungen ergeben. Folgerichtig wird in Wiesbaden das Forum Demenz aufgebaut. Altwerdende Menschen, die mit Behinderungen oder psychischen Erkrankungen leben müssen, bedürfen gleichfalls vernetzter und auf die individuellen Bedarfe zugeschnittener Formen der Unterstützung und Hilfe - anders ausgedrückt: wir werden das Netz auch künftig in unterschiedlichsten Kontexten benötigen.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.) (2004).

Altenhilfestrukturen der Zukunft. Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitforschung zum Modellprogramm. Lage.

Haas, B., Langer, U. (2005). Tagungsdokumentation. Netzwerkkongress 28. September 2005. Sozialdezernat der Landeshauptstadt Wiesbaden. Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation (Hrsg.).

Haas, B., Raasch, C. (2003). Qualifikation zum / zur freiwilligen Seniorenbegleiter/-in. Handbuch für die Praxis. Kuratorium Deutsche Altershilfe (Hrsg.). thema 182.

Haas, B., Weber, J. & Schönemann-Gieck, P. (2005): Das Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation. Endbericht des Modellprojektes. Beiträge zur Sozialplanung Nr. 26 / März 2005. Amt für Soziale Arbeit Wiesbaden. Abteilung Grundsatz und Planung (Hrsg.).

Knauf, W. (1999). Erfahrungen mit den externen geriatrischen Konsilen an einem Krankenhaus der Regelversorgung. Geriatrie-Forschung, Bd. 9, S. 121-126.

Knauf, K. (2004): Pflegebericht. Leistungsstrukturen und Herausforderungen im Bereich der Pflege in Wiesbaden. Bilanz und Ausblick 2001 bis 2020. Sozialdezernat der Landeshauptstadt Wiesbaden (Hrsg.). Beiträge zur Sozialplanung Nr. 24 / Mai 2004.

Küpper-Nybelen, J. et al (2006). Empfehlung rehabilitativer Maßnahmen im Rahmen der Pflegebegutachtung und Umsetzung in der ambulanten Versorgung. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 2/2006.

Landeshauptstadt Wiesbaden. Amt für Soziale Arbeit. Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter (Hrsg.) (2006). Ratgeber.

Landeshauptstadt Wiesbaden. Amt für Soziale Arbeit. Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter (Hrsg.) (2007). Demenz. Angebote für Betroffene und deren Angehörige.

Schönemann-Gieck, P. (2006). Untersuchung zur Versorgung älterer Menschen nach Klinikaufenthalt in Wiesbaden. Beiträge zur Sozialplanung Nr. 27 / November 2006. Amt für Soziale Arbeit Wiesbaden. Abteilung Grundsatz und Planung (Hrsg.).

Präsentationen in Projektbeiratssitzungen (Projektteam)

2004

- Schönemann-Gieck, P. (Mai 2004). Infobriefe und Maßnahmen.
- Schönemann-Gieck, P. & Weber J. (Mai 2004). Zeitplan des Projektes „Nachsorge, Überleitungs- und Zugangsmanagement an der Schnittstelle von Akutversorgung und geriatrischer Rehabilitation“.
- Schönemann-Gieck, P. (September 2004). Realisierte rehabilitative Maßnahmen ohne Nutzung des Infobriefs geriatrische Prävention.
- Schönemann-Gieck, P. (November 2004). Untersuchungsdesign der Datenerhebung an der Schnittstelle „Entlassung aus dem Krankenhaus“.
- Schönemann-Gieck, P. (November 2004). Infobriefe und dokumentierte Maßnahmen.

2005

- Haas, B. und Langer, U. (Februar 2005). Entwicklung von Projektmaßnahmen – Perspektiven der Fokusgruppen.
- Schönemann-Gieck, P. (Februar 2005). Ist-Analyse - Datenerhebung an der Schnittstelle „Entlassung aus dem Krankenhaus“. Teil I.
- Schönemann-Gieck, P. (Mai 2005). Ist-Analyse - Datenerhebung an der Schnittstelle „Entlassung aus dem Krankenhaus“. Teil II.
- Weber, J. (Mai 2005). Qualitätszirkel des Hausärzte-Ausschusses der KV Hessen Bezirksstelle Wiesbaden / Ergebnisbericht.
- Haas, B. (Mai 2005). Maßnahmentableau.
- Langer, U. (Mai 2005). Netzwerkkongress.
- Schönemann-Gieck, P. (September 2005). Untersuchung zur Nachsorgesituation geriatrischer Patienten nach Krankenhausaufenthalt / Erste Ergebnisse.
- Schönemann-Gieck, P. (November 2005). Bericht der wissenschaftlichen Begleitung: Thema 1 - Ergebnisse der Heimleiterbefragung, Thema 2 - Vorschläge zur Optimierung der Nachsorge.
- Haas, B. und Langer, U. (November 2005). Statusbericht zu den Projektmaßnahmen und Aktualisierung des Maßnahmentableaus.

2006

- Schönemann-Gieck, P. (Februar 2006). Auswertungsergebnisse: Dokumentierte Maßnahmen und Infobriefe Geriatrische Prävention.
- Haas, B. und Langer, U. (Februar 2006). Statusberichte: Entwicklungen in den Projektschwerpunkten.
- Schönemann-Gieck, P. (Mai 2006). Entwurf: Geriatrische Visite und Maßnahmenrealisierung.
- Weber, J. (September 2006): Entwurf: Überleitungsvisite.
- Haas, B. und Langer, U. (September 2006). Statusberichte: Entwicklungen in den Projektschwerpunkten.
- Schönemann-Gieck, P. (November 2006). Auswertungsergebnisse: Dokumentierte Maßnahmen und Infobriefe Geriatrische Prävention.

2007

- Langer, U. (Februar 2007). Statusberichte: Entwicklungen in den Projektschwerpunkten.
- Schönemann-Gieck, P. (Februar 2007). „Informations- und Mitmachstunde“ in den Tageskliniken.
- Schönemann-Gieck, P. (April 2007). Info-Fax zur Planung der Klinikentlassung und Überleitung. Erste Ergebnisse der Pilotphase.
- Haas, B. (April 2007). GeReNet.Wi und Forum Demenz. Aufgabenfelder und Strukturen.
- Weber, J. (April 2007) GeReNet.Wi und Forum Demenz. Zusammensetzung und Auftrag des Beirates.
- Langer, U. (April 2007). Statusberichte: Entwicklungen in den Projektschwerpunkten.
- Schönemann-Gieck, P. (September 2007). Evaluation der Infofaxe
- Weber, J. (September 2007). Pflege-Weiterentwicklungsgesetz. PfwG-Eckdaten.

Präsentationen und Beiträge in Projektbeiratsitzungen (Beiräte und Externe)

2004

- Walter, P. & Rose, U. (Mai 2004). Entlassungsplanung in der Dr. Horst Schmidt Klinik und im Otto-Fricke-Krankenhaus.
- Deetjen, Dr. W. (Mai 2004). Neue gesetzliche Regelungen (Begutachtungsrichtlinie „Vorsorge und Rehabilitation“).
- Waßmann, P. (September 2004): Entlassung aus Krankenhäusern – die Rolle der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter.
- Schmidt, Dr. J. (September 2004). Entlassung aus Krankenhäusern aus Sicht der Ärzte.
- Deetjen, Dr. W. (September 2004). Erhebungsbogen zur Vorbegutachtung und Pflegeinformation zur Gewährleistung des nahtlosen Übergangs von der Krankenhausbehandlung zur Pflege.
- Raabe, K. (November 2004). Abläufe und Verfahrenswege im Rahmen der Gutachten des MDK.
- Waßmann, P. (November 2004). Kooperation der Krankenhaussozialdienste mit den Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter – Häufigkeit der Einschaltung.

2005

- Knauf, W. (November 2005): Intention des neu gegründeten Fördervereins AGape.

2006

- Küpper-Nybelen, J. (Mai 2006). Heilmittel im Kontext der Pflegebegutachtung: Prädiktoren für die Umsetzung von Heilmittlempfehlungen. Ergebnisse der PMV Forschungsgruppe zur Versichertenstichprobe AOK Hessen / KV Hessen.
- Waßmann, P. (November 2006). Das Monitoring in den Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter und die Infobriefe Geriatrische Prävention / dokumentierte Maßnahmen.
- Janiszewski, N. (November 2006). Vorstellung des Entwurfs eines Vordrucks Fax-Kontakt der DVSG-Regionalgruppe Hessen-Süd.

2007

- Schreiber, W. (Februar 2007). Erfahrungsbericht „Informations- und Mitmachstunde“ in den geriatrischen Tageskliniken.

Veröffentlichte Artikel in Tageszeitungen und in den Rathausnachrichten

2004

- Wiesbadener Tagblatt (08.06.2004). Für mehr Lebensqualität. Beim „GeReNet.Wi“ ziehen viele an einem Strang.
 - Wiesbadener Kurier (02.09.2004). Ich bewundere ihre große Weisheit. Für Erika Joos ist die Supervision für ihre ehrenamtliche Arbeit wichtig.
 - Wiesbadener Kurier (02.09.2004). In die Welt des anderen eintauchen. Ausbildung zum freiwilligen Seniorenbegleiter.
 - Wiesbadener Tagblatt (08.12.2004). Modell der Betreuung wird speziell gefördert.
 - Wiesbadener Kurier (08.12.2004). Altenarbeit wird vernetzt. Verschiedene Dienste und Einrichtungen sollen künftig kooperieren.
 - Frankfurter Allgemeine Zeitung (10.12.2004). Mehr Hilfe für alte Menschen. Netzwerk für geriatrische Rehabilitation geplant.
 - Frankfurter Rundschau (11.12.2004). Seniorenarbeiter knüpfen ein engeres Netz.
 - Programm der Akademie für Ältere 09/2004-08/2005. Ausbildung zum / zur freiwilligen Seniorenbegleiter/in.
 - Mainzer Allgemeine Zeitung (08.12.2004). Ein maßgeschneidertes Hilfsangebot.
- Außerdem: Beteiligung an einem Pressegespräch des Wiesbadener Kuriers am 25.06.2004; Thema: Seniorenarbeit in Wiesbaden.

2005

- Wiesbadener Kurier (10.01.2005). Schneller in die eigenen Wände zurück. Modellprojekt GeReNet richtungsweisend / Diskussion im Landespflegeausschuss.
- Wiesbadener Tagblatt (16.02.2005). Rehabilitation schafft Sicherheit. Netzwerk für Geriatrie bietet interessante Fortbildungen für die ambulanten Pflegedienste an.
- Rathausnachrichten (12.09.2005). Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation veranstaltet Kongress.
- Wiesbadener Tagblatt (14.09.2005). Geriatrische Rehabilitation. Interview mit Projektleiter Johannes Weber.
- Wiesbadener Tagblatt (29.09.2005). Gegenseitiges Vertrauen stärken. Netzwerk für geriatrische Rehabilitation hatte Experten zu einer Tagung eingeladen.

2006

- Consens (01/2006). Geriatrische Tageskliniken und Seniorentreffs mit neuem Angebot.
- Rathausnachrichten (24.02.2006). Geriatrische Tageskliniken und Seniorentreffs mit neuem Angebot.
- Wiesbadener Kurier (10.03.2006). Altenarbeit und Kliniken kooperieren.
- Rathausnachrichten (29.06.2006). Adresskarte für gute Versorgung.
- Wiesbadener Kurier (06.07.2006). Adresskarte für gute Versorgung – Schnelle Hilfe für den Notfall.

2007

- Rathausnachrichten (02.01.2006) und Wiesbadener Kurier (04.01.2004). Seniorenbeirat informiert über Netzwerk für geriatrische Rehabilitation.
- Wiesbadener Kurier (16.01.2007). Im eigenen Heim alt werden. Netzwerk für geriatrische Rehabilitation koordiniert Hilfsangebote.
- Wiesbadener Tagblatt (16.01.2007). Bessere Nachsorge dank guter Vernetzung.
- Mainzer Allgemeine Zeitung (16.01.2007). Bessere Nachsorge dank guter Vernetzung.
- Rathausnachrichten (25.01.2007). Studie: Versorgung älterer Menschen nach einem Klinikaufenthalt.
- Wiesbadener Kurier (29.01.2007). Nachsorge verbessern. Studie zur Betreuung älterer Mensch nach einem Klinikaufenthalt.
- Consens 1/2007. 6 Jahre GeReNet.Wi – Bilanz und Perspektiven.
- Consens 1/2007. Ausbildung zum Seniorenbegleiter.
- Rathausnachrichten (13.04.2007). Adresskarten helfen im Notfall.
- Wiesbadener Kurier (16.04.2007). Adresskarten für den Notfall.
- Frankfurter Rundschau (17.04.1007). Hausarzt-Adresskarten für Senioren.
- DSBW – Der Seniorenbeirat in Wiesbaden. Jubiläumsausgabe 30 Jahre DSB 1977–2007. Die Adresskarte.
- Rathausnachrichten (21.05.2007). Leben mit Demenz – Hilfen und Angebote.
- Wiesbadener Tagblatt (23.05.2007). Auftakt für Forum Demenz.
- Frankfurter Rundschau (24.05.2007). Hilfsangebote für Erkrankte und Familien.
- Wiesbadener Kurier (24.05.2007). Demenz: Hilfen und Angebote.
- Frankfurt live.com (24.05.2007). Leben mit Demenz – Hilfen und Angebote.

Öffentlichkeitsarbeit im Rahmen von Veranstaltungen

2004

- 25.09.2004 Präsenz des Projektes während den Wiesbadener Gesundheitstagen (Infostand).
- 15.11.2004 Präsenz des Projektes bei der Eröffnungsveranstaltung des Bündnisses für Familie (Infostand).
- 15.12.2004 Präsenz des Projektes bei der Veranstaltung „Bewegungsstörungen“ in der Veranstaltungsreihe „Verständliche Medizin“ (Infostand).
- Haas, B., Präsentation der Ergebnisse des Projektes „Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation“ und Informationen zum neuen Projekt „Nachsorge, Überleitungs- und Zugangsmanagement an der Schnittstelle von Akutversorgung und geriatrischer Rehabilitation“. Vortrag und Diskussion am 21.04.2004 bei einer Veranstaltung für Pflegedienste.
- Haas, B., Präsentation der Ergebnisse des Projektes „Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation“ und Informationen zum neuen Projekt „Nachsorge, Überleitungs- und Zugangsmanagement an der Schnittstelle von Akutversorgung und geriatrischer Rehabilitation“. Vortrag und Diskussion am 11.05.2004 bei einer Veranstaltung für Einsatzleiter/-innen der hauswirtschaftlichen Dienste.
- Haas, B., „Kommunale Altenhilfe im Wandel“. Vortrag am 17.05.2004 in der Fachhochschule Wiesbaden.
- Haas, B., Präsentation der Ergebnisse des Projektes „Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation“ und Informationen zum neuen Projekt „Nachsorge, Überleitungs- und Zugangsmanagement an der Schnittstelle von Akutversorgung und geriatrischer Rehabilitation“. Vortrag und Diskussion am 15.06.2004 während des Kooperationstreffens der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter mit den Krankenhaussozialdiensten.

2005

- 02.07.2005 Präsenz und Informationstisch des Projektes während des Wiesbadener Seniorenfestes (in Kooperation mit den Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter).
- Haas, B., „Altenhilfe im Wandel“. Vortrag und Diskussion in einer Veranstaltung am 14.07.2005 für Mitarbeiter/-innen der kommunalen Seniorentreffs.
- Haas, B., Nachsorge, Überleitungs- und Zugangsmanagement an der Schnittstelle von Akutversorgung und geriatrischer Rehabilitation – Erste Ergebnisse der Schnittstellenanalyse“. Vortrag und Diskussion in der Klausurtagung der AG Mobile Dienste am 21.11.2005.

2006

- Langer, U. (Juni 2006). Gespräche mit Bürgerinnen und Bürgern am Informationsstand während den Hessischen Gesundheitstagen in Wiesbaden. Vorstellung und Einführung der Wiesbadener Adresskarte.
- Langer, U. (Mai 2006). Gespräche mit Bürgerinnen und Bürgern während der Veranstaltung „Stammtisch für ehemalige Patienten der Asklepios Paulinen Klinik“.

2007

- Weber, J. & Haas, B., 6 Jahre Netzwerkarbeit im GeReNet.Wi. Vortrag und Diskussion am 15.01.2007 in einer öffentlichen Sitzung des Seniorenbeirates.
- Haas, B., Erfahrungen aus 6 Jahren Netzwerkarbeit im GeReNet.Wi. Vortrag und Diskussion am 30.01.2007 im Gesprächskreis Seniorenarbeit Biebrich.
- Weber, J. & Haas, B., Kommunale Altenarbeit und Netzwerkarbeit des GeReNet.Wi. Darstellung und Diskussion am 19.02.2007 in einem Arbeitskreis der Hessischen Staatskanzlei.
- Haas, B., Erfahrungen aus 6 Jahren Netzwerkarbeit im GeReNet.Wi. Vortrag und Diskussion am 20.03.2007 im Arbeitskreis Altenarbeit Südliche Innenstadt.
- 22.08.2007. Informationstisch während Kongress und Messe „Von wegen altes Eisen. Erfahrung hat Zukunft!“ in den Rhein-Main-Hallen.
- 22.09.2007. Informationstisch während AGape-Gesundheitstag.
- Haas, B. & Langer, U., 6 Jahre Netzwerkarbeit im GeReNet.Wi. Lehrveranstaltung in der Altenpflegeschule Wiesbaden am 17.01.2007.

Beiträge in Hörfunk und Fernsehen

2005

- 06.01.2005: Radio RheinWelle¹⁹ sendete das aufgezeichnete Interview über Ziele und Inhalte des GeReNet.Wi (Interviewte: Haas, B.).

2006

- 06.03.2006: Radio RheinWelle sendete das aufgezeichnete Interview über die Informations- und Mitmachstunden in den geriatrischen Tageskliniken (Interviewte: Langer, U.).
- 27.07.2006: Radio RheinWelle sendete das aufgezeichnete Interview zur Wiesbadener Adresskarte (Interviewte: Langer, U.).

2007

- 30.01.2007 Hessenschau; GeReNet-Beitrag.
- 22.02.2007 Radio RheinWelle sendete das aufgezeichnete Interview über die Untersuchung zur Nachsorgesituation geriatrischer Patienten nach Krankenhausaufenthalt (Interviewte: Langer, U.).

¹⁹ Radio RheinWelle UKW 92,5 ist ein Lokalsender für Wiesbaden, Mainz und das Umland

Fachartikel und Publikationen

2004

- Haas, B. & Raasch, C. (2004). Qualifikation zum/zur freiwilligen Senioren-begleiter/-in in Wiesbaden. VSOP Rundbrief 1/2004. Speyer.
- Dudenhöffer, B., Schönemann-Gieck, P., Schmitt, M. & Weber, J. (2004). Mit Netzwerken Barrieren überwinden – Ein Beispiel aus der Altenhilfe. VSOP Rundbrief 1/2004. Speyer.
- Schönemann-Gieck, P., Haas, B. & Weber, J. (2004). Das Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation – ein Praxismodell zur Nutzung von präventiven Potenzialen im Alter. Forum Sozialarbeit + Gesundheit 4/2004.
- Selbstständiges Leben im Alter - Herausforderung an die Soziale Arbeit (2004). Forum Krankenhaussozialarbeit Heft 1/2004 (Kongressheft).
- Geriatrie-Förderung: Stadt Wiesbaden und Asklepios-Klinik vorne (2004). Care konkret 06.08.2004.
- Schönemann-Gieck, P., Haas, B., Weber, J. (2004). Beurteilung geriatrischer Rehabilitationsbedarfe und -potenziale durch Hausärzte. Gerontologie und Geriatrie Abstract September 2004.

2005

- Care konkret (15.04.2005). Rehabilitationsbedarfe erkennen: Für Pflegedienste in Zukunft immer wichtiger.
- DVSG-Newsletter (18.04.2005 / Ausgabe 2/2005). Abschlussbericht: Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation.
- Care konkret (13.05.2005). Wiesbaden: Dank geriatrischer Reha länger zu Hause.
- Internetseite www.bmfsfj.de (23.05.2005). Rehabilitation vor Pflege.
- Häusliche Pflege (Juli 2005). Erfolg: Wiesbadener Rehabilitationsprojekt legt Abschlussbericht vor.
- DVSG FORUM sozialarbeit + gesundheit (3/2005). Abschlussbericht: Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation.
- Newsletter Pflegebudget (2/2005) Netzwerkkongress der Stadt Wiesbaden.
- VINCENTZ.NET NEWSLETTER (11.10.2005). Netzwerke: Case Manager als Schaltstellen unverzichtbar.
- Langer, U. (2005). Können Pflegedienste Rehabilitationsbedarfe älterer Menschen erkennen? VSOP INFO August/2005. Speyer.
- Schönemann-Gieck, P., Haas, B., Weber, J. (2005). Beurteilung geriatrischer Rehabilitationsbedarfe und -potenziale durch Hausärzte. In: Klie, T. u.a. (Hrsg.) Die Zukunft der gesundheitlichen, sozialen und pflegerische Versorgung älterer Menschen. Mabuse-Verlag. Frankfurt.
- Care konkret (14.10.2005). Netzwerke: Case Manager als Schaltstellen unverzichtbar.
- Schönemann-Gieck, P., Haas, B. (2005). Nachsorge- und Zugangsmanagement – ein Modellprojekt der Stadt Wiesbaden. VSOP Workshop-Beiträge 11/2005 Mannheim.
- Haas, B., Langer, U. (2005). Tagungsdokumentation. Netzwerkkongress 28. September 2005. Sozialdezernat der Landeshauptstadt Wiesbaden. Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation (Hrsg.).

Außerdem:

Weber, J. (März 2005) Interview eines Journalisten der Zeitung EPD; Thema: GeReNet.Wi und die Seniorenarbeit in Wiesbaden. Auf Wunsch der KV Hessen Bezirksstelle Wiesbaden verfasste das Projektbüro für die KV-Organen „Info.doc“ und „Rundschreiben für die Ärzte“ mehrere Artikel zum Thema „Hausärzte beurteilen die Qualität der Überleitung und Nachsorge“.

2006

- Schönemann-Gieck, P. & Langer, U. (August 2006). Nachsorge nach Krankenhausaufenthalt. Ergebnisse einer Schnittstellenuntersuchung in Wiesbaden. In: VSOP-Dokumentation Nr. 17.
- Haas, B., Weber, J. & Langer, U. (2006). Vernetzung stationärer und ambulanter Sozialdienste. In: Forum sozialarbeit + gesundheit 4/2006.
- Schönemann-Gieck, P. (November 2006). Untersuchung zur Versorgung älterer Menschen nach Klinikaufenthalt in Wiesbaden. Endbericht. Sozialdezernat der LH Wiesbaden (Hrsg.). Beiträge zur Sozialplanung 27.

2007

- Weber, J. (2007). Das Wiesbadener Netzwerk für Geriatrische Rehabilitation - GeReNet.Wi. Ein Praxisbericht aus der kommunalen Altenarbeit in Wiesbaden. In Tagungsband der AKTION PSYCHISCH KRANKE e.V.i „Unsere Zukunft gestalten“ Tagung am 14. und 15. November 2006 in Berlin.

Präsentationen in der Fachöffentlichkeit

2004

- Schönemann-Gieck, P. (März 2004). Das „Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation“ – Ein Versorgungsmodell zur Nutzung der Präventionspotenziale im Alter. Vortrag gehalten auf der Kuratoriumssitzung des DZFA in Heidelberg.
- Schönemann-Gieck, P., Cofie-Nunoo, D., Ehlert, C. (Juni 2004). Predictors of Participation in Geriatric Rehabilitation. Poster präsentiert auf der International Conference "The Many Faces of Health, Competence and Well-being in Old Age: Integrating Epidemiological, Psychological and Social Perspectives" in Heidelberg.
- Haas, B. (Juni 2004) GeReNet.Wi – ein etabliertes geriatrisches Netzwerk. Vortrag gehalten im 10. Geriatrie-Forum „Integrierte Versorgung aus Sicht der Geriatrie" in Vechta.
- Schönemann-Gieck, P., Haas, B. & Weber, J. (Oktober 2004). Beurteilung geriatrischer Rehabilitationsbedarfe und -potenziale durch Hausärzte. Vortrag gehalten auf der 7. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) in Hamburg.
- Haas, B., Waßmann, P. (Oktober 2004). Die Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter im Kontext des Wiesbadener Netzwerks für geriatrische Rehabilitation. Vortrag und Diskussion am 13.10.2004 für Mitarbeiter/innen des AltenBeratungsCentrums Hofgeismar.
- Schönemann-Gieck, P. & Haas, B. (November 2004). Nachsorge, Überleitungs- und Zugangsmanagement. Ein Modellprojekt der Stadt Wiesbaden. Vortrag gehalten auf dem Workshop „Prävention und Geriatrische Rehabilitation – Alternativen zum Pflegeheim?" des Vereins für Sozialplanung (VSOP) mit dem Institut für Fort- und Weiterbildung der Fachhochschule für Sozialwesen in Mannheim.
- Weber, J., (Dezember 2004). Vorstellung des Projektes im Landespflegeausschuss.

2005

- Weber, J. (April 2005). Altenhilfe und Gesundheitswesen im Wandel – Praxisbeispiel Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation. Vortrag gehalten in der Sitzung der Pflegekonferenz des Kreisausschusses Main-Taunus.
- Weber, J. (2005). GeReNet.Wi – Versorgungsnetzwerk zur präventiven geriatrischen Behandlung und Rehabilitation älterer Menschen – Praxisbeispiel aus Wiesbaden. Vortrag gehalten bei der Ergebnispräsentation des „Runden Tisches Pflege" in Berlin.
- Langer, U. (September 2005). Kooperation und Vernetzung zwischen Altenhilfe und Gesundheitswesen. Vortrag gehalten während der Jahrestagung der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf.
- Schönemann-Gieck, P. (September 2005). Kooperationsbedingungen zwischen Altenhilfe und Gesundheitswesen. Vortrag gehalten auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie (DGGG) in Mannheim.
- Schönemann-Gieck, P. & Langer, U. (November 2005). Nachsorge nach Krankenhausaufenthalt – Ergebnisse einer Schnittstellenuntersuchung in Wiesbaden. Vortrag gehalten im Workshop des Vereins für Sozialplanung (VSOP) in Mannheim.

2006

- Schönemann-Gieck, P., Haas, B. & Weber, J. (September 2006). Entlassungen geriatrischer Patienten unter den Bedingungen der Fallpauschalen – Kooperationsbarrieren an der Schnittstelle von Klinik und ambulanter Versorgung. Posterpräsentation während des 8. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie in Freiburg. Hierfür wurde GeReNet.Wi mit dem Posterpreis 2006 ausgezeichnet. Die Teilnehmer bewerteten das Poster (Anlage 11) als wesentlichen wissenschaftlichen Beitrag.
- Schönemann-Gieck, P. (November 2006). Innovative Konzepte in der geriatrischen Versorgung: Das „Wiesbadener Netzwerk für Geriatrische Rehabilitation"; Vortrag gehalten beim Gerontologentag in Heidelberg.
- Weber, J. (November 2006). GeReNet.Wi – Versorgungsnetzwerk zur präventiven geriatrischen Behandlung und Rehabilitation älterer Menschen. Impulsreferat im Forum Steuerung auf kommunaler Ebene während der Tagung Hilfen für alte Menschen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Demenz in Berlin.

2007

- Schönemann-Gieck, P. (Mai 2007). Das Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation. Vortrag gehalten im Forschungskolloquium des Forums Alterswissenschaften und Alterspolitik an der JWG-Universität Frankfurt am Main.
- Weber, J. (Mai 2007). 6 Jahre GeReNet.Wi. Vortrag gehalten bei Rolandsecker Tagung der Leiter von Sozialämtern.
- Weber, J. (Juni 2007). Gerinet Wiesbaden – Die Bildung von Netzwerken als Voraussetzung für die Versorgung psychisch kranker alter Menschen. Vortrag gehalten bei der Tagung „Mit psychischen Beeinträchtigungen alt werden“ Evangelische Akademie Arnoldshain.
- Weber, J. (Juni 2007). Vorstellung des Projekts „GeReNet Wiesbaden“ Vortrag gehalten bei der Tagung „Rehabilitation im Alter“. Fachtagung der Stadt Frankfurt. Jugend- und Sozialamt.
- Schönemann-Gieck, P. (September 2007). Externe wissenschaftliche Begleitung des GeReNet.Wi – der gerontologische Beitrag zur kommunalen Altenarbeit in Wiesbaden. Vortrag gehalten bei der Fachtagung 2007 „Altern in der Kommune. Strategien, Vernetzung, Kooperation und Ressourcen“ in Hannover.
- Weber, J. (September 2007). Prävention und Rehabilitation vor Pflege – Auftrag und Rolle der kommunalen Sozialverwaltung. Vortrag gehalten bei der Fachtagung 2007 „Altern in der Kommune. Strategien, Vernetzung, Kooperation und Ressourcen“ in Hannover.



WIESBADEN



Amt für Soziale Arbeit

Evaluationsbogen zur Fortbildung für Pflegedienste: „Rehabilitationsbedarfe geriatrischer Patienten“

Liebe Seminarteilnehmer/innen,

wir sind sehr an Ihrer persönlichen Meinung zu dieser Fortbildung interessiert. Bitte füllen Sie diesen Bewertungsbogen aus, damit wir bei unseren weiteren Planungen Ihre Kritik, Wünsche und Vorschläge berücksichtigen können. Positive und auch negative Kritik ist uns wichtig. Alle Angaben sind freiwillig und werden selbstverständlich streng vertraulich und anonym behandelt.



Schätzen Sie bitte die Lehrveranstaltung mit Hilfe der untenstehenden Tabelle ein. Kreuzen Sie jeweils die zutreffende Ziffer in der Tabelle an! Was Sie mit Hilfe dieses quantitativen Schemas nicht zum Ausdruck bringen können, halten Sie bitte bei den offenen Fragen auf der letzten Seite fest.

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

1. Angaben zur Person

1.1	Alter: Jahre
1.2	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
1.3	Ausbildung / Qualifikation:

2. Die Lehrveranstaltung war...

		☹☹	☹	☺	☺	☺☺	
2.1	insgesamt sehr schlecht						insgesamt sehr gut
2.2	hat für mich keine neuen Inhalte gebracht						hat mir neue Inhalte vermittelt
2.3	war langweilig						war kurzweilig und interessant
2.4	hatte ein schlechtes Klima						hatte eine gute Atmosphäre

3a. Der Referent (Thema 1)...

		☹☹	☹	☺	☺	☺☺	
3.1	hat die Lehrveranstaltung schlecht vorbereitet						hat die Veranstaltung gut vorbereitet
3.2	Wirkte auf mich nicht kompetent						Wirkte auf mich kompetent
3.3	hat die Veranstaltung didaktisch schlecht gestaltet						hat sie didaktisch gut gestaltet

3b. Die Referentinnen (Thema 2)...

		☹☹	☹	☺	☺	☺☺	
3.4	haben die Lehrveranstaltung schlecht vorbereitet						haben sie gut vorbereitet
3.5	wirkten auf mich nicht kompetent						wirkten auf mich kompetent
3.6	haben die Veranstaltung didaktisch schlecht gestaltet						haben sie didaktisch gut gestaltet

4. Ich selbst...

		☹☹	☹	☺	☺	☺☺	
4.1	war in den Sitzungen nicht "bei der Sache"						war in den Sitzungen aufmerksam
4.2	habe mich nie mit Beiträgen zu Wort gemeldet						habe mich oft zu Wort gemeldet

5. Die Diskussion in der Veranstaltung...

		☹☹	☹	☺	☺	☺☺	
5.1	kam zu kurz						war zeitlich angemessenen
5.2	war schlecht und hat mir inhaltlich nichts gebracht						war gut und hat mir viel gebracht

6. Offene Bemerkungen

6.1	Wurden Ihre Erwartungen an die Fortbildungsveranstaltung erfüllt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> ich hatte keine Erwartungen <input type="checkbox"/> Nein Wenn nein, warum nicht?
6.2	Was hat Ihnen gut gefallen?
6.3	Was hat Ihnen nicht gefallen?
6.4	Welche weiteren Kommentare haben Sie und welche Vorschläge können Sie machen? Zur Organisation der Veranstaltung: Zum Inhalt: Zu den Referent/-innen:

LANDESHAUPTSTADT

Info-Fax zur Planung der Klinikentlassung und Überleitung

für den Kliniksozialdienst

(Klinik, SD-Mitarbeiter/-in, Faxnummer)

betrifft Patient/-in

(Name, Geburtsdatum)

- Bitte Kontakt zum Patienten aufnehmen!**
- Vor Kontaktaufnahme bitte Beratungsstelle anrufen!**
- Handlungsbedarf:**

Wichtige Informationen zur betreffenden Person:

- Häusliche Hilfen:**
- Pflegedienst:
 - Private Pflegepersonen:
 - Hauswirtschaft:
 - Essen auf Rädern:
 - sonstige Hilfen:

Hausarzt:

Angehörige / Nachbarn:

Gesetzliche Betreuung / Vollmacht:

Pflegestufe: I II III
 abgelehnt beantragt nicht beantragt, zu mobil

Krankenkasse: **Pflegekasse:**

Erhält Grundsicherungsleistung: ja nein nicht bekannt

Herzlichen Dank für Ihre Kooperation!

.....
(Datum)

.....
(Beratungsstelle, Mitarbeiter/-in, Telefon- und Faxnummer)



Amt für Soziale Arbeit

LANDESHAUPTSTADT

Info-Fax zur Planung der Klinikentlassung und Überleitung

für die Beratungsstelle
(Region, Mitarbeiter/-in, Faxnummer)

betrifft Patient/-in
(Name, Geburtsdatum)

.....
(Adresse, Telefonnummer)

Aufnahmedatum:

Entlassung voraussichtlich am:

- nach Hause:
- zu Angehörigen:
- in Pflegeheim / Kurzzeitpflege:

Kontaktaufnahme im Krankenhaus nötig, bitte Termin vereinbaren!

Patient/-in wünscht Kontaktaufnahme nach der Entlassung!

Handlungsbedarf:

Wichtige Informationen zur betreffenden Person (wenn neu organisiert – bitte vermerken!):

- Häusliche Hilfen:
- Pflegedienst:
 - Private Pflegepersonen:
 - Hauswirtschaft:
 - Essen auf Rädern:
 - sonstige Hilfen:

Hausarzt:

Angehörige / Nachbarn:
(Name, Adresse, Telefonnummer)

Gesetzliche Betreuung / Vollmacht:

Pflegestufe: I II III
 abgelehnt beantragt nicht beantragt, zu mobil

Krankenkasse: Pflegekasse:

Erhält Grundsicherungsleistung: ja nein nicht bekannt

Herzlichen Dank für Ihre Kooperation!

.....
(Datum)

.....
(Krankenhaus, Mitarbeiter/-in, Telefon- und Faxnummer)



Amt für Soziale Arbeit



Amt für Soziale Arbeit

Wie hat Ihnen die Informations- und Mitmachstunde gefallen?

Datum der Veranstaltung _____

Liebe Teilnehmerinnen und Teilnehmer,

wir sind sehr an Ihrer persönlichen Meinung zu dieser Veranstaltung interessiert. Bitte füllen Sie diesen Bewertungsbogen aus, damit wir bei unseren weiteren Planungen Ihre Kritik, Wünsche und Vorschläge berücksichtigen können. Positive und auch negative Kritik ist uns wichtig. Alle Angaben sind freiwillig und werden selbstverständlich streng vertraulich und anonym behandelt.

Schätzen Sie bitte die Veranstaltung mit Hilfe der untenstehenden Tabelle ein. Kreuzen Sie jeweils die zutreffende Ziffer in der Tabelle an!

1. Angaben zur Person

1.1	Alter: Jahre
1.2	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
1.3	() ich bin damit einverstanden, nach etwa vier Wochen angerufen zu werden, um zu hören, ob die Veranstaltung mir etwas geholfen hat. Telefonnummer (diese Angabe ist freiwillig): _____

2. Die Stunde war...

		☺☺	☺	☹	☹☹	
2.1	insgesamt sehr gut					insgesamt sehr schlecht
2.2	hat mir neue Inhalte vermittelt					hat für mich keine neuen Inhalte gebracht

2.3	war kurzweilig und interessant						war langweilig
2.4	hatte eine gute Atmosphäre						hatte ein schlechtes Klima

3. Die Referentin ...

		😊😊	😊	😐	😞	😞😞	
3.1	hat die Veranstaltung gut vorbereitet						hat die Veranstaltung schlecht vorbereitet
3.2	wirkte auf mich kompetent						wirkte auf mich nicht kompetent
3.3	hat sie gut gestaltet						hat sie schlecht gestaltet

4. Ich selbst...

		😊😊	😊	😐	😞	😞😞	
4.1	war in den Sitzungen aufmerksam						war in den Sitzungen nicht "bei der Sache"
4.2	habe mich oft zu Wort gemeldet						habe mich nie mit Beiträgen zu Wort gemeldet

5. Ich werde auf alle Fälle einen Seniorentreff besuchen:

		😊😊	😊	😐	😞	😞😞	
5.1	Trifft zu						Trifft nicht zu

6. Ich werde auf alle Fälle bei Bedarf eine Beratungsstelle für selbständiges Leben im Alter aufsuchen:

		😊😊	😊	😐	😞	😞😞	
6.1	Trifft zu						Trifft nicht zu

Offene Bemerkungen:

6.2 Was hat Ihnen gut gefallen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

6.3 Was hat Ihnen nicht gefallen?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!



Entlassungen geriatrischer Patienten unter den Bedingungen der Fallpauschalen: Kooperationsbarrieren an der Schnittstelle von Klinik und ambulanter Versorgung

Petra Schönemann-Gieck¹, Birgit Haas² & Johannes Weber²

¹Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg & ²Amt für Soziale Arbeit – Abteilung Altenarbeit, Wiesbaden



Hintergrund

Aufgrund abnehmender Reservekapazitäten und einer verlangsamten Rekonvaleszenz haben ältere Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt oft umfassende, multimodale Unterstützungsbedarfe. Das seit 2004 eingeführte Abrechnungssystem der Kliniken nach Fallpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRGs) führt zu einer Verkürzung der stationären Verweildauer, d.h. Entlassung und Nachsorge müssen unter zunehmendem Zeitdruck organisiert werden. Voraussetzung für einen optimalen Überleitungsprozess ist eine gute und patientenorientierte Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und niedergelassenem Bereich.

Seit Mai 2004 führt die Abteilung Altenarbeit im Wiesbadener Amt für Soziale Arbeit ein Projekt zur Optimierung der Nachsorge durch. Um eine fundierte Grundlage für die Maßnahmenplanung zu erhalten, wurde das Heidelberger Institut für Gerontologie mit einer Analyse der Versorgungssituation sowie der interdisziplinären Kooperationsqualität an der Schnittstelle zwischen Klinik und Nachsorge beauftragt.

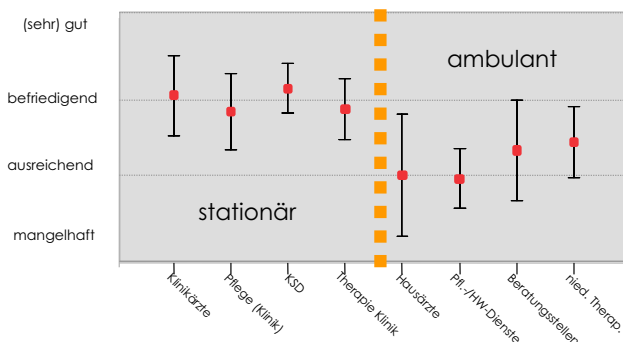
Erhebungsmethode

In die schriftlich-postalische Fragebogenerhebung wurden alle für die Nachsorge relevanten Berufsgruppen der Disziplinen Medizin, Pflege, Sozialarbeit und Therapie einbezogen. Sowohl im stationären, als auch im ambulanten Bereich wurde je ein Bogen pro Versorgungseinheit verschickt.

	Anvisierte Stichprobe	Realisierte Stichprobe	Rücklauf-Quote
Klinikärzte / Klinikgeriater [KÄ]	21	15 (16 Abt.)	76%
Pflegekräfte im Krankenhaus [KpF]	21	17	81%
Krankenhaussozialdienste [KSD]	21	12 (18 Abt.)	90%
Kliniktherapeuten [KTh]	21	13	62%
Hausärzte [HÄ]	28	18	64%
Ambulante Pflegedienste [PFD]	35	14	40%
Beratungsstellen [BS]	8	8	100%
Niedergelassene Therapeuten [nTh]	58	10	17%
Summe	213	107 (114 Abt.)	54%

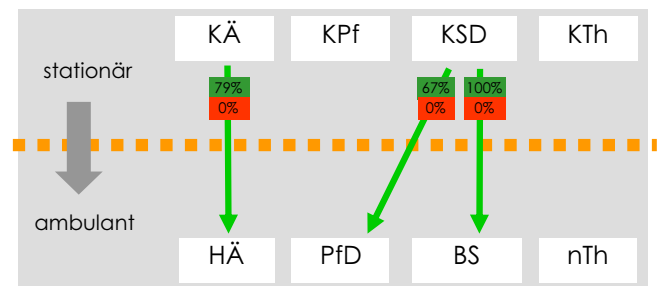
Ergebnisse der Schnittstellenuntersuchung

Die verschiedenen Berufsgruppen wurden gebeten, die Entlassungs- und Nachsorgequalität für ältere Patienten in Wiesbaden zu bewerten.

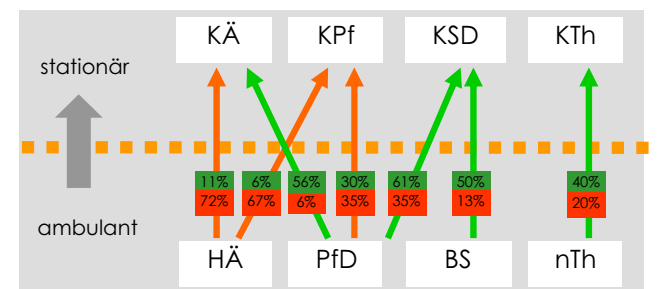


Der nachsorgende Bereich beurteilte die Situation signifikant schlechter ($p \leq 0,001$) als das abgebende System Krankenhaus, das die Lage durchschnittlich „befriedigend“ einschätzte.

Alle Disziplinen wurden gebeten, ein Urteil über die Qualität der Zusammenarbeit mit ihren Kooperationspartnern abzugeben. Als Pfeile dargestellt sind diejenigen Beziehungen, die von mindestens 50% der Befragten positiv (grün) oder negativ (rot) beurteilt wurden.



Die Klinikmitarbeiter sehen wenig wichtige Kooperationsbeziehungen zum Nachsorgebereich, bewerten die Zusammenarbeit aber positiv. Pflegekräfte und Therapeuten in den Kliniken haben offensichtlich mit den ambulanten Tätigen kaum Berührungspunkte.



Ganz anders wird die Situation aus Perspektive der Nachsorge eingeschätzt. Alle Disziplinen sehen Vertreter aus den Krankenhäusern als wichtige Ansprechpartner bei der Gestaltung der Nachsorge älterer Menschen. Die Zusammenarbeit wird jedoch von Hausärzten sehr negativ und von Pflegediensten ambivalent beurteilt. Gute Kooperationen bestehen zwischen Beratungsstellen und Sozialdienst sowie bei den Therapeuten.

Folgende Schwierigkeiten wurden von nachsorgenden Akteuren genannt:

- zu spätes Einschalten in den Entlassungs- und Nachsorgeprozess
- keine klar festgelegten Ansprechpartner in den Kliniken
- mangelhafte Informationsweitergabe
- Versorgungsprobleme aufgrund umgestellter Pflegearrangements

Fazit

Eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit bildet die notwendige Grundlage für ein abgestimmtes Entlassungs- und Nachsorgemanagement. In der Untersuchung wurde ein massiver Handlungsbedarf bezüglich der Schnittstelle Krankenhaus und ambulanter Versorgung empirisch belegt.

Im Rahmen des Wiesbadener Netzwerks für Geriatrische Rehabilitation werden z. Zt. Maßnahmen erprobt, die die Zusammenarbeit der Akteure in Gesundheits- und Sozialwesen anregen und damit zu einer verbesserten Versorgung älterer Menschen beitragen sollen (Qualifizierung / Schulung, Vernetzungsaktivitäten und Einführung innovativer Versorgungsangebote).

Ende 2006 wird der Bericht der Schnittstellenanalyse vorliegen, das umfangreiche qualitative Datenmaterial wird im Rahmen einer Dissertation detailliert ausgewertet.

INFORMATION UND ANMELDUNG

GeReNet.Wi-Tagungsbüro
 Hildegard Triantakostas
 c/o DVSG-Bundesgeschäftsstelle
 Kaiserstraße 42
 55116 Mainz
 Tel: 06131/228939
 Fax: 06131/222458
 E-Mail: gerenet@dvsg.org

Wir bitten um verbindliche Anmeldung bis zum
 9.11.2007 mit folgenden Angaben (per Fax oder E-Mail):

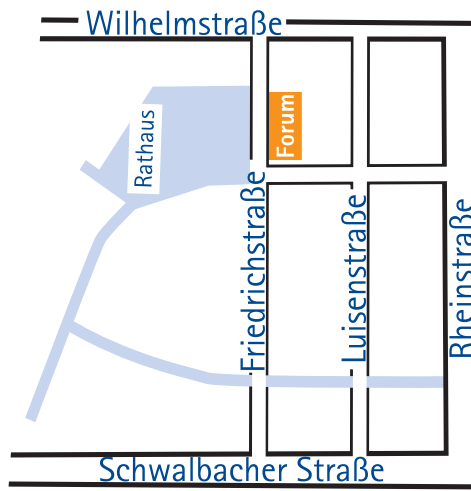
Name: _____
 Vorname: _____
 Institution: _____
 Straße: _____
 PLZ, Ort: _____
 E-Mail: _____
 Telefon: _____
 Telefax: _____

Weitere Informationen unter:
www.dvsg.org/veranstaltungen
www.wiesbaden.de/gerenet

TAGUNGORT

Kulturforum
 Friedrichstraße 16
 65185 Wiesbaden

ANFAHRT



Mit dem Bus:
 Ab Hauptbahnhof Wiesbaden bis Haltestelle Dornsches
 Gelände (Fahrtdauer: ca. 4 min.)
 Linien: 4, 14, 27, 45

Hotelreservierung:
 Ein begrenztes Zimmerkontingent steht zur Verfügung.
 Bei Bedarf wenden Sie sich bitte an das Tagungsbüro.

Mit freundlicher Unterstützung:



LANDESHAUPTSTADT



Fachtagung

**Kompetenz durch
 Kooperation und Vernetzung**

**7 Jahre
 Wiesbadener Netzwerk
 für geriatrische Rehabilitation**

26. November 2007



Amt für Soziale Arbeit

www.wiesbaden.de

TAGUNGSPROGRAMM

Nach sieben Jahren Projektarbeit im Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation (GeReNet.Wi) ist es Zeit, Bilanz zu ziehen und Perspektiven aufzuzeigen.

GeReNet.Wi ging im Jahr 2000 als Projekt im Bundesmodellprogramm Altenhilfestrukturen der Zukunft an den Start mit dem Ziel, die Lebensqualität älterer Menschen durch die Eröffnung von Zugängen zu geriatrischen Behandlungsmassnahmen zu sichern. Um dies zu erreichen, wurden neue Formen der Kooperation zwischen Diensten und Einrichtungen der Altenhilfe und des Gesundheitswesens etabliert. Von Mai 2004 bis zum April 2007 finanziert das BMFSFJ, der Europäische Sozialfonds und die Kommune das Projekt „Nachsorge, Überleitungs- und Zugangsmanagement an der Schnittstelle von Akutversorgung und geriatrischer Rehabilitation“.

Das vom Amt für Soziale Arbeit im Sozialdezernat ins Leben gerufene Netzwerk verfügt mittlerweile über verbindliche Kooperationen zwischen den Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter, den Wiesbadener Hausärzten, geriatrischen Fachkliniken sowie den Krankenhaussozialdiensten.

Die gemeinsame Fachtagung des Sozialdezernates der Stadt Wiesbaden, des BMFSFJ und der DVSG beleuchtet die wichtigsten Vorgehensweisen und Ergebnisse im GeReNet.Wi. Die Podiumsdiskussion sowie die Einschätzungen der Experten und Ministerien zeigen zentrale Aspekte der Altenarbeit und Perspektiven für die weitere Netzwerkarbeit auf.

Mehr als die Vergangenheit interessiert mich die Zukunft, denn in ihr gedanke ich zu leben.

Albert Einstein

9.30–10.00 Uhr

Anmeldung und musikalische Einstimmung

10.00–11.20 Uhr

Vorträge

Eröffnung und Begrüßung

Arno Goßmann

Sozialdezernent der Landeshauptstadt Wiesbaden

7 Jahre GeReNet.Wi – Aktivitäten, Meilensteine, Ergebnisse

Birgit Haas und Johannes Weber

Amt für Soziale Arbeit

GeReNet.Wi – Leuchtturmprojekt für die Pflegereform

Petra Weritz-Hanf

Ministerialrätin im BMFSFJ

Fazit aus den Projekterfahrungen für Hessen

Dr. Marie-Luise Marx

Referatsleiterin Hessisches Sozialministerium

11.20–11.50 Uhr

Kaffeepause

11.50–13.00 Uhr

Vorträge

...und wer profitiert davon?

Effektivität des Netzwerks aus Sicht der Wissenschaft

Petra Schönemann-Gieck

Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg

Quo vadis Geriatrie – Herausforderungen für die Geriatrie der Zukunft

Dr. Wolfgang Knauf

Asklepios Paulinen Klinik

Handlungsansätze zur Reform der Pflegeversicherung

Prof. Dr. Michaela Röber

Fachhochschule Frankfurt

13.00–14.00 Uhr

Mittagsimbiss

14.00–15.00 Uhr

Vorträge

Perspektiven einer fachlich und ethisch fundierten Versorgung demenzkranker Menschen: Welche Potenziale bieten Netzwerke?

Prof. Dr. Andreas Kruse

Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg

Sozialarbeit im Gesundheitswesen – Versorgungssteuerung in kompetenter Hand

Ulrich Kurlmann

1. Vorsitzender der DVSG

15.00–16.30 Uhr

Podiumsdiskussion

Und was jetzt?

Das geriatrische Netzwerk der Zukunft

Dr. Klaus Weil

Chefärzt Otto-Fricke-Krankenhaus

Jutta Killgen

Pflegedirektorin Dr. Horst Schmidt Klinik

Dr. Joachim Schmidt

Sprecher des Hausärzteausschusses der KV Wiesbaden

Arno Goßmann

Sozialdezernent

Johannes Weber

Amt für Soziale Arbeit

Dr. Thomas Zickgraf

Alzheimer Gesellschaft Wiesbaden

16.30–17.00 Uhr

Tagungsabschluss

Durch das Programm führt

Eva Maria Richter

Journalistin Gesundheitspolitik

Erstellt von:

Birgit Haas (Amt für Soziale Arbeit)
Petra Schönemann-Gieck (Institut für Gerontologie)
Johannes Weber (Amt für Soziale Arbeit)

Layout:

Wiesbaden Marketing

Bezugsadresse:

Magistrat der Landeshauptstadt Wiesbaden
Amt für Soziale Arbeit
Abteilung Grundsatz
Postfach 39 20
65205 Wiesbaden
Tel.: 0611 31-3597
Fax: 0611 31-3951
E-Mail: sozialplanung@wiesbaden.de

Das Projekt „Nachsorge, Überleitungs- und Zugangsmanagement an der Schnittstelle von Akutversorgung und geriatrischer Rehabilitation“ wurde gefördert und unterstützt von:

Beiträge zur Sozialplanung

Bezugsadresse: Amt für Soziale Arbeit, Abteilung Grundsatz 51.1, Kurt-Schumacher-Ring 2-4, 65195 Wiesbaden,
Telefon: 0611 31-3597, Fax: 0611 31-3951, E-Mail: sozialplanung@wiesbaden.de oder über Internet:
www.wiesbaden.de

Nr. 24 – Pflegebericht – Leistungsstrukturen und Herausforderungen im Bereich der Pflege in Wiesbaden. Bilanz und Ausblick 2001 bis 2020. Erschienen: Mai 2004.
Schutzgebühr 15,- Euro

Nr. 25 – Sozialbericht zur Bildungsbeteiligung in Wiesbaden – Gleiche Bildungschancen für alle? Erschienen: Januar 2005.
Schutzgebühr 15,- Euro

Nr. 26 – Das Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation (GeReNet.Wi). Endbericht des Modellprojektes. Erschienen: März 2005.
Schutzgebühr 10,- Euro

Nr. 27 – Untersuchung zur Versorgung älterer Menschen nach Klinikaufenthalt in Wiesbaden (GeReNet.Wi). Erschienen: November 2006.
Schutzgebühr 10,- Euro

Nr. 28 – Wiesbadener Sozialatlas 2007. Erschienen: Oktober 2007.
Schutzgebühr 20,- Euro

Materialien der Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter

Bezugsadresse: Amt für Soziale Arbeit, Abteilung Grundsatz 51.5003, Kurt-Schumacher-Ring 2-4, 65195 Wiesbaden,
E-Mail: altenarbeit@wiesbaden.de

Ratgeber (Broschüre).
Erschienen: Juni 2006.
Keine Schutzgebühr

Demenz. Angebote für Betroffene und deren Angehörige (Broschüre).
Erschienen: Mai 2007.
Keine Schutzgebühr



EUROPÄISCHE GEMEINSCHAFT
Europäischer Sozialfonds

