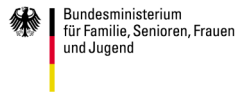




# 7 Jahre Netzwerkarbeit im GeReNet.Wi

## Bilanz und Perspektiven



# Grundlagen

- Träger: Altenarbeit der Stadt Wiesbaden (kreisfreie Stadt)
- Amt für Soziale Arbeit (Jugend- und Sozialamt)
- Ganz normale Abteilung im „Sozialamt“
- Beratungsstellen für Selbständiges Leben im Alter
- Auftragslage aus dem SGB XII

# Auftragslage aus dem SGB XII (Sozialhilfe)

- Nachrang der Sozialhilfe (§ 2)
- Ambulant (häuslich) vor teilstationär vor stationär (§ 13)
- Prävention und Rehabilitation vor Pflege (§ 14)
- Schwierigkeiten, die durch das Alter entstehen, verhüten, mildern, überwinden (§ 71 Abs. 1)

Schön und gut, aber wie?

# Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter

- Sozialer Dienst der städtischen Altenarbeit
- 16 Stellen Sozialarbeit
- Aufbau zwischen 1983 und 2001
- Verbunden mit Konsolidierungsmaßnahmen in der städtischen Altenarbeit

# Ausrichtung der Beratungsstellen

- Alte Menschen bekommen die Unterstützung die sie brauchen
- Keine Zuständigkeit nach Hilfethemen
- Ratgeber



Amt für Soziale Arbeit



# Arbeitsschwerpunkte

- Finanzielle Hilfen
- Häusliche Hilfen
- Pflege (Kranken- und Pflegekassen)
- Hilfen bei Demenz
- Wohnen – Wohnungswechsel
- Vorsorge und Alter (Vollmachten, Verfügungen)
- Sterben und Tod



Amt für Soziale Arbeit



# Modellprojekt 2000-2003

## Wiesbadener Netzwerk für geriatrische Rehabilitation



ein Projekt im Modellprogramm  
des Bundesministeriums für Familie,  
Senioren, Frauen und Jugend






Amt für Soziale Arbeit



# Modellprojekt 2000-2003

- Träger: Landeshauptstadt Wiesbaden, Amt für Soziale Arbeit, Abteilung Altenarbeit
- wissenschaftliche Begleitung: Deutsches Zentrum für Altersforschung Heidelberg 
- Förderung durch: BMFSFJ, Hessisches Sozialministerium, Landeshauptstadt Wiesbaden
- Laufzeit: 01.05.2000 - 30.04.2003





Amt für Soziale Arbeit



# Projektziele 2000-2003

Verbesserung der Situation/Lebensqualität der zu Hause lebenden älteren Menschen durch:

- ↪ Eröffnung von Zugängen zu rehabilitativen Maßnahmen für zu Hause lebende ältere Menschen
- ↪ Vernetzung der Dienste und Einrichtungen der Altenhilfe und des Gesundheitswesens
- ↪ Systematisierung vorhandener Angebote
- ↪ Strukturierung der Nachsorge



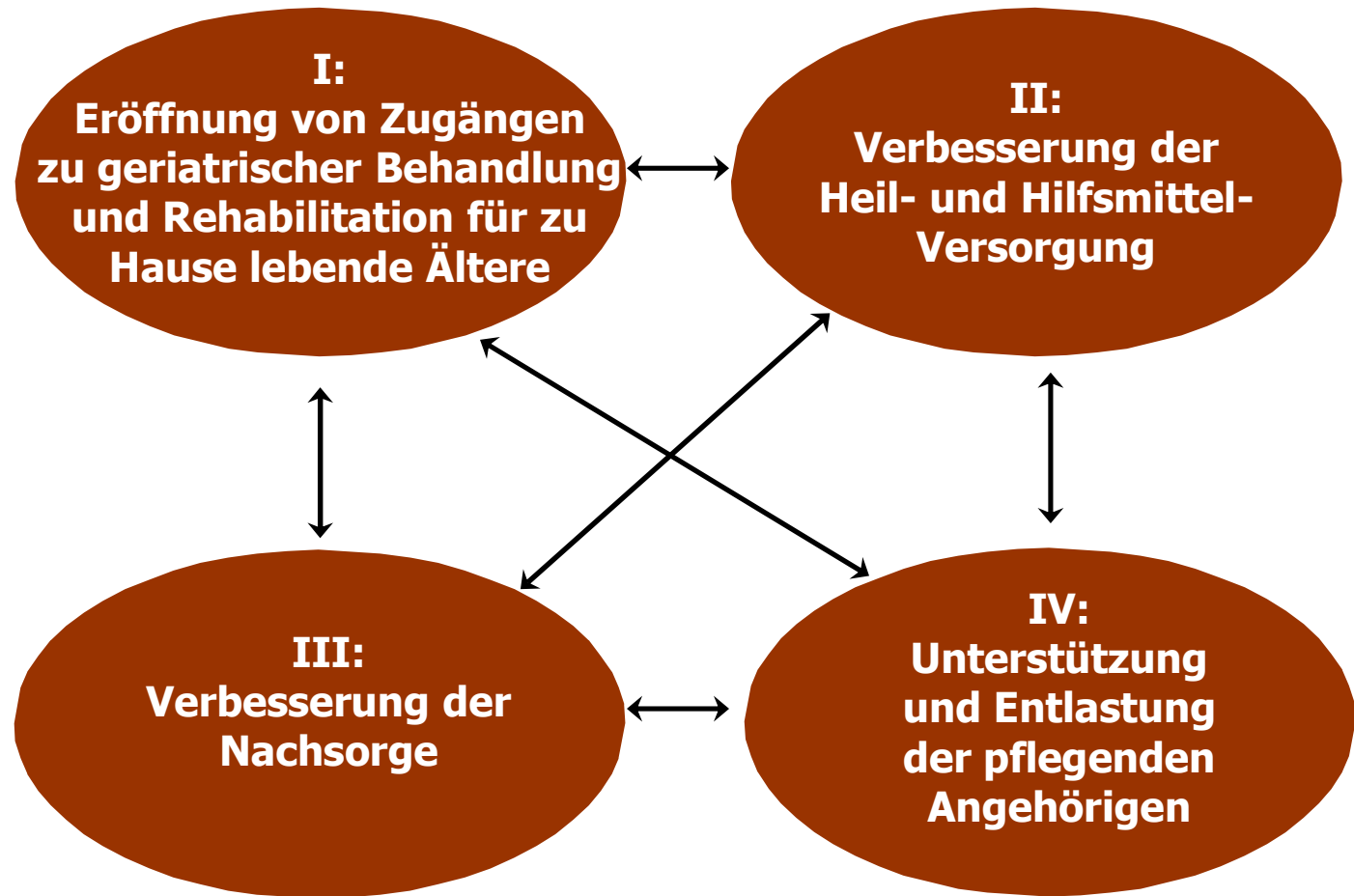
Amt für Soziale Arbeit



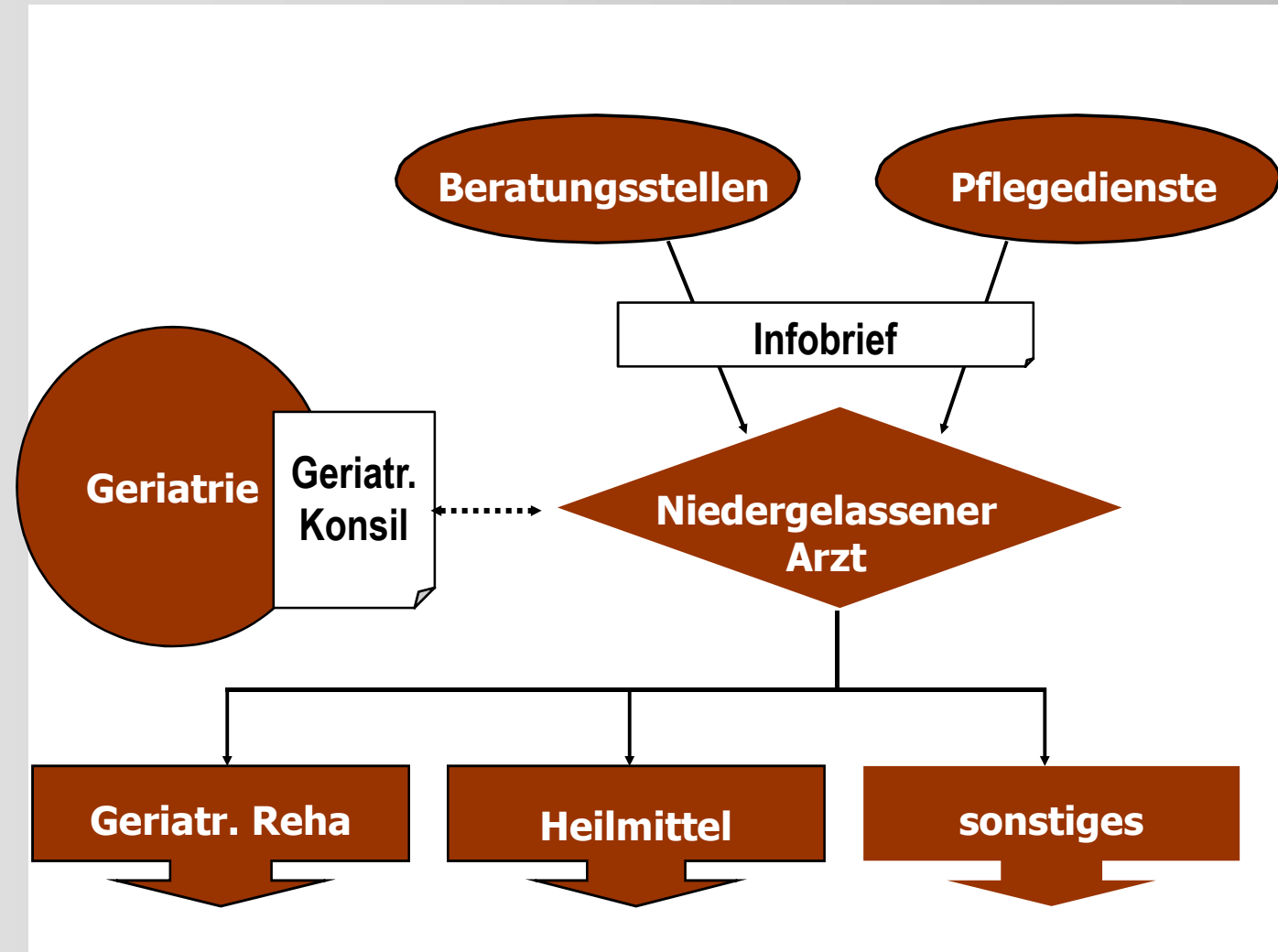
# Beirat 2000-2006

- Fördernde Ministerien
- Kranken-/Pflegekassen
- **Akutkliniken und geriatrische Fachkliniken**
- MDK Hessen
- Hausärzte-Ausschuss der KV Hessen
- Krankenhaus-Sozialdienste
- Pflegedienste und Therapeuten
- Beratungsstellen für selbständiges Leben im Alter
- Heime
- Seniorenbeirat
- Altenpflegeschulen

# Teilprojekte 2000-2003

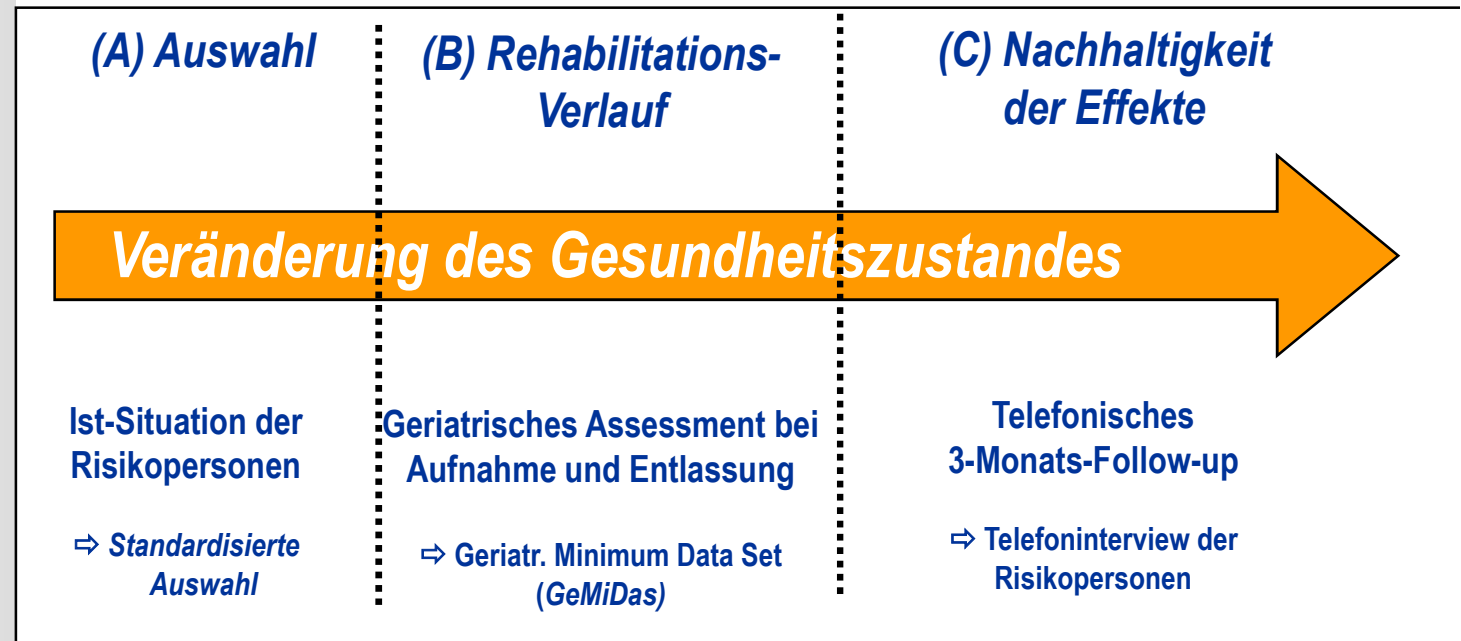


# Verfahren Infobrief geriatrische Prävention

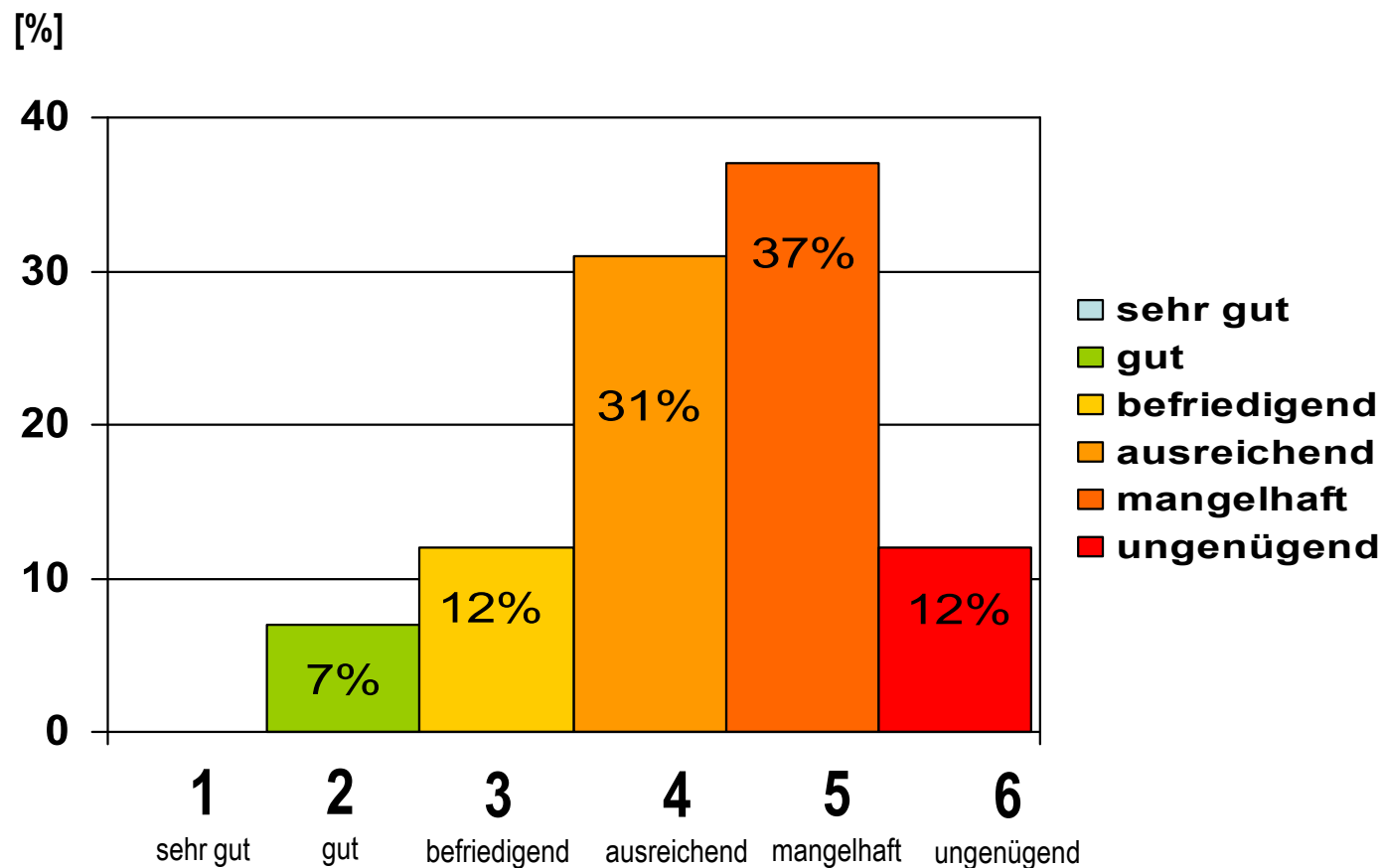


# Evaluation

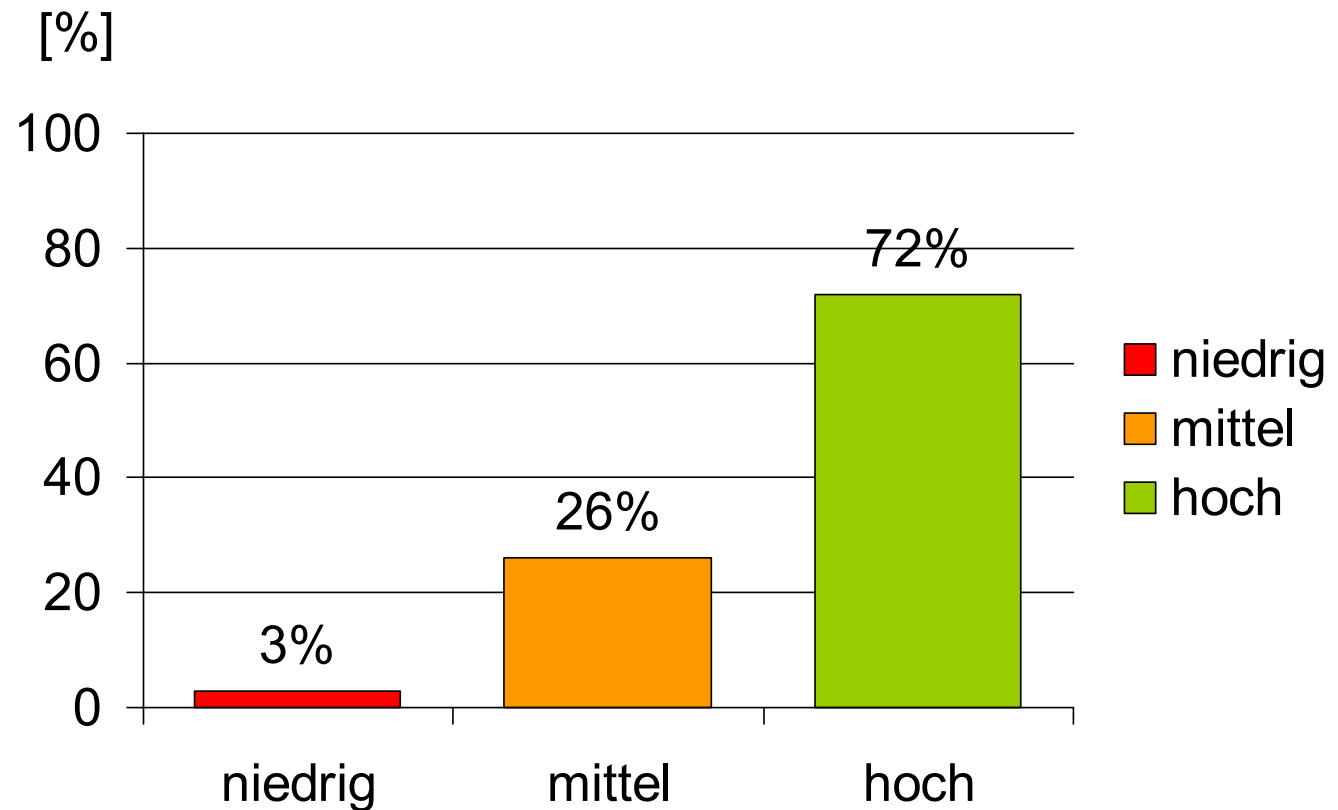
## der eingeleiteten Infobrief-Maßnahmen



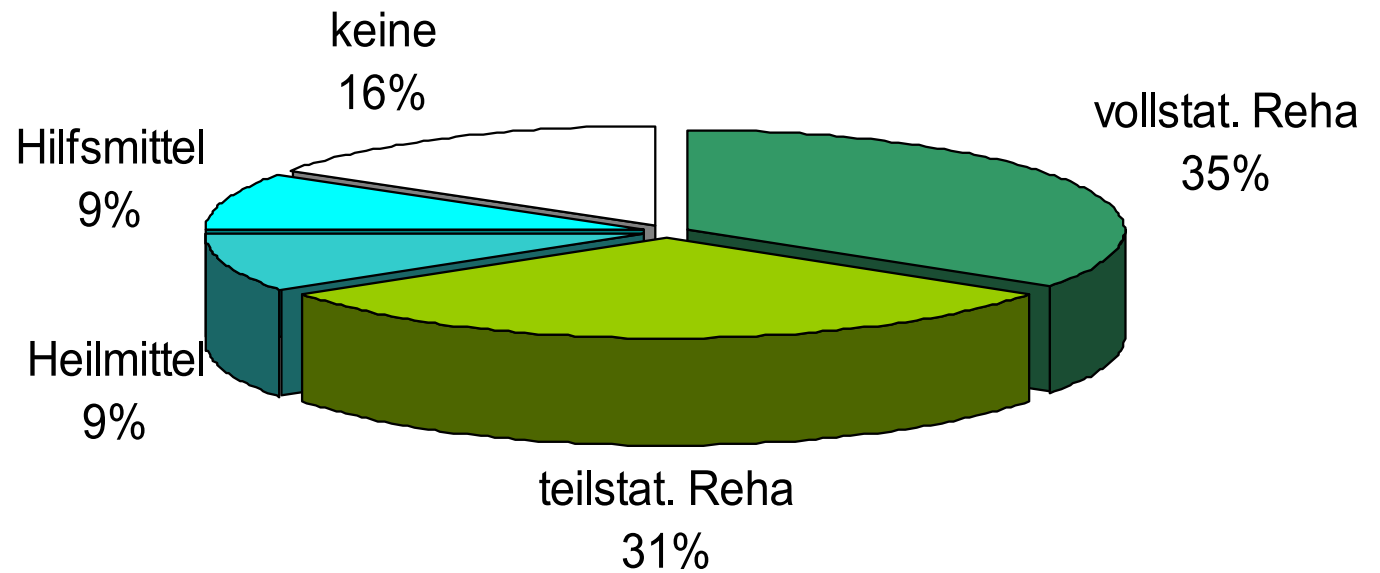
# Subjektiver Gesundheitszustand



# Motivation zur Rehabilitation

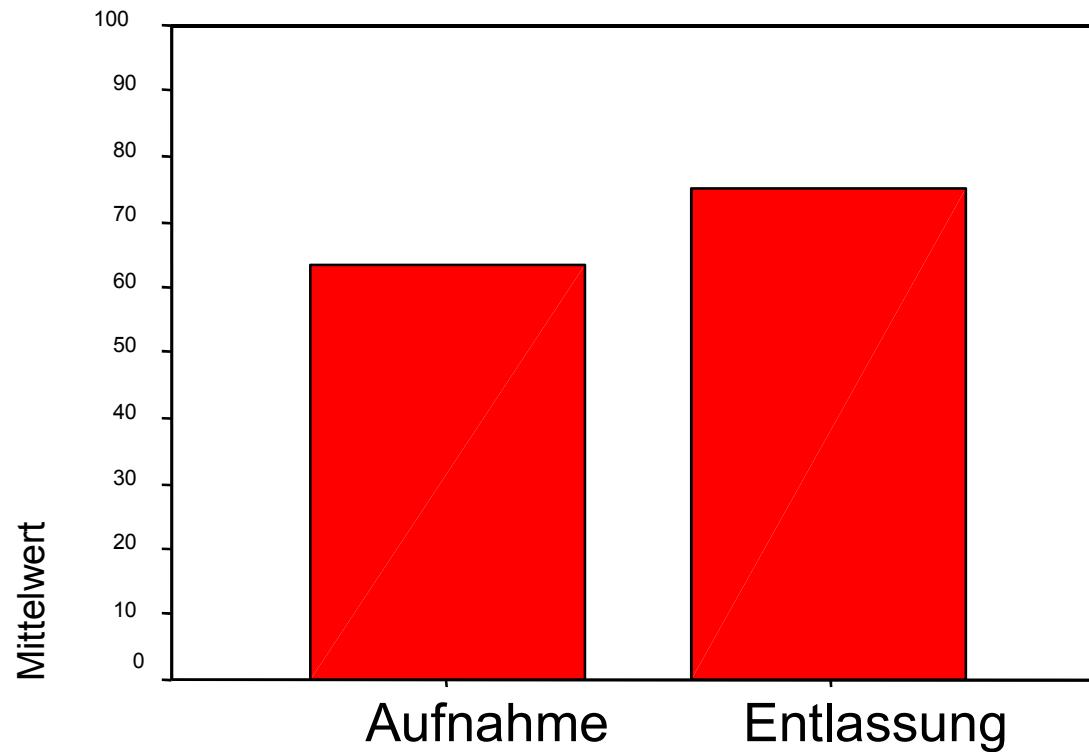


# Eingeleitete Maßnahmen





# Rehabilitationserfolge (Barthel-Index)



**T1 (Aufnahme)** M = 63,2; SD = 21,6

**T2 (Entlassung)** M = 75,3; SD = 20,4 **p ≤ 0,000**



Amt für Soziale Arbeit



## Fazit Teilprojekte 1 und 2

Das Verfahren ist ein geeignetes Instrument zur Identifikation von „Risikopersonen“.

Die eingeleiteten Maßnahmen wurden überwiegend als positiv und erfolgreich bewertet.

Maßnahmen zur nachhaltigen Sicherung der Rehabilitationserfolge sind notwendig.

→ Das Instrument und Verfahren Infobrief geriatrische Prävention wurde modifiziert und verstetigt.

# Modellprojekt 2004-2007

## Projekt „Nachsorge, Überleitungs- und Zugangsmanagement“

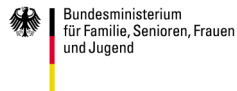


These: Menschen kommen ohne  
Ausschöpfung aller Möglichkeiten der  
körperlichen und sozialen Rehabilitation  
ins Heim

Zielgruppe: Alte Menschen, die aus  
Akutkrankenhaus oder geriatrischer Reha  
entlassen werden



Amt für Soziale Arbeit



# Modellprojekt 2004-2007

- Träger: Landeshauptstadt Wiesbaden, Amt für Soziale Arbeit, Abteilung Altenarbeit
- wissenschaftliche Begleitung: Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg 
- Förderung durch: BMFSFJ, Europäischer Sozialfonds, Landeshauptstadt Wiesbaden
- Laufzeit: 01.05.2004 - 30.04.2007

# Hintergrund

- demografische und (familien-)strukturelle Veränderungen
- **Reform des Gesundheitssystems**
- **DRGs**
- integrierte Versorgungsmodelle erfordern neue Arbeitsweisen und Kooperationen



Amt für Soziale Arbeit



# Schwerpunkte

Schwerpunkt 1:  
Weiterbildung / Qualifizierung



Schwerpunkt 2:  
Vernetzung /  
Kooperationsförderung



Schwerpunkt 3:  
Niederschwellige Nachsorge  
nach Rehaufenthalt



# Schnittstellenuntersuchung

**IfG**  
Institut für Gerontologie  
der Universität Heidelberg

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

Petra Schönemann-Gieck<sup>1</sup>, Birgit Haas<sup>2</sup> & Johannes Weber<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>Institut für Gerontologie der Universität Heidelberg & <sup>2</sup>Amt für Soziale Arbeit - Abteilung Altenarbeit, Wiesbaden

**WIESBADEN**  
Amt für Soziale Arbeit  
*Geriatrisches Netzwerk*

---

**Hintergrund**

Aufgrund abnehmender Reserverkapazitäten und einer verlangsamten Rekonvaleszenz haben ältere Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt oft umfassende, multimedial unterstützte Bedarfe. Das seit 2004 eingeführte Abrechnungssystem der Kliniken nach Faltpauschalen (Diagnosis Related Groups, DRG) 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 Maßnahmensetzung zu erhalten, wobei das Heidelberger Institut für Gerontologie mit einer Analyse der Versorgungssituation sowie der interdisziplinären Kooperationsqualität an der Schnittstelle zwischen Klinik und Nachsorge beauftragt.

Alle Disziplinen wurden gebeten, ein Urteil über die Qualität der Zusammenarbeit mit ihren Kooperationspartnern abzugeben. Als Punkte abgerechnet 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 des Krankenhauses als wichtige Ansprechpartner bei der Gestaltung der Nachsorge älterer Menschen. Die Zusammenarbeit wird jedoch von Hausärzten sehr negativ und von Pflegekräften ambulant beurteilt. Gute Kooperationen bestehen zwischen Beratungsteams und Sozialdienst sowie bei den Therapeuten.

Folgende Schwierigkeiten wurden von nachsorgenden Akteuren genannt:

- zu spätes Einschreiten in den Entlassungs- und Nachsorgeprozess
- keine klar festgelegten Ansprechpartner in den Kliniken
- mangelhafte Informationsweitergabe
- Versorgungsprobleme aufgrund ungerichteter Pflegeanordnungen

**Fazit**

Eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit bildet die notwendige Grundlage für ein abgestimmtes Entlassungs- und Nachsorgeengagement. 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 2.11 Maßnahmen ergriffen, die die Zusammenarbeit der Akteure in Gesundheits- und Sozialwesen anregen und damit zu einer verbesserten Versorgung älterer Menschen beitragen sollen (Qualifizierung / Schulung, Vernetzungskapazitäten und Beförderung innovativer Versorgungsangebote).

Ende 2004 wird der Bericht der Schnittstellenanalyse vorgelegt, das entlegene qualitative Datenmaterial wird im Rahmen einer Dissertation detaillierter ausgewertet.

**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	Beurteilte Stichprobe	Rücklaufquote
Klinische / Klinikgeriatrische (KÄ)	21	15 (71 Abt.)	71%
Pflegekräfte im Krankenhaus (KPf)	21	17	81%
Krankenhaussozialdienste (KSD)	21	12 (55 Abt.)	99%
Klinikertherapeuten (KTh)	21	13	62%
Hausärzte (HÄ)	28	18	64%
Ambulante Pflegeeinrichtungen (PiE)	15	14	93%
Beratungsteams (BT)	8	8	100%
Niedergelassene Therapeuten (nTh)	18	10	56%
<b>Summe</b>	<b>213</b>	<b>107 (114 Abt.)</b>	<b>50%</b>

**Ergebnisse der Schnittstellenuntersuchung**

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

Der nachsorgende Bereich beurteilt die Situation signifikant schlechter (p < 0,001) als das abgebende System Krankenhaus, das die Lage durchschnittlich „befriedigend“ einschätzt.

Kontakt: Petra Schönemann-Gieck, E-mail: petra.schoenemann@uz.uni-heidelberg.de



**SCHWERPUNKT I:**

- Fortbildungen für PFLEGEDIENSTE
- Fortbildungen CASEMANAGEMENT
- Fortbildungen in KLINIKEN
- Fortbildungen für ÄRZTE
- Spiegelung der ANALYSENERGEBNISSE

**SCHWERPUNKT II:**

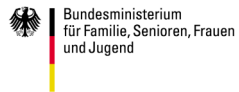
- Untersuchung zur Versorgungssituation (IST- ANALYSE)
- NETZWERKKONGRESS 2005
- NETZWERKBRIEFE
- ADRESSKARTE
- ÜBERLEITUNGSVISITE

**SCHWERPUNKT III:**

- Niederschwellige NACHSORGE-ANGEBOTE in Tageskliniken
- ADRESSENLISTEN

- 
- Maßnahme befindet sich in der Planung
  - Maßnahme läuft
  - Maßnahme ist beendet

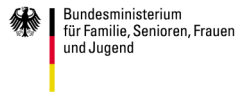




# Wie geht es weiter?



Amt für Soziale Arbeit



# GeReNet.Wi 2007

## Einrichtung einer ständigen Geschäftsstelle

- Intensivierung der Kooperationen zwischen Beratungsstellen und Haus- bzw. Fachärzten sowie Ärztezirkeln.
- Fortsetzung der Verstetigung von Verfahren zur Identifizierung von geriatrischen Interventionsbedarfen und Realisierung der erforderlichen Maßnahmen.
- Geschäftsführung Netzbeirat.
- Institutions- und berufsgruppenübergreifenden Fortbildungen / Fachtagungen planen, initiieren und realisieren.
- Öffentlichkeitsarbeit: Artikel für Tages- und Fachpresse; Netzwerkbrief.

# Forum Demenz - Service

- **Netzwerk gründen**
- Programme abstimmen
- Weiter entwickeln
- Nachfrage erhöhen
- Zugänge erleichtern
- **Kompetenzen aus GeReNet nutzen**
  - *Nächster Schritt: Geschäftsstelle einrichten*

# Psychisch kranke (alt gewordene) Menschen

## GeReNet.Wi übertragbar?

- Gesetz (Sozialhilfe) gilt
- Soziale und medizinische Kompetenzen gefragt
- Andere (Fach-) Ärzte und - Therapeuten
- Andere Dienste und Einrichtungen gefragt (klinische und soziale)
- Zusätzlich Pflege und häusliche Hilfen
- Netzwerkkoordination beim Amt für Soziale Arbeit richtig?



# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit