

»Gesundheit vor Ort gemeinsam Gestalten«

Der Filderstädter Weg
zu praxisorientierter Versorgung
nach Aufenthalt in der Filderklinik



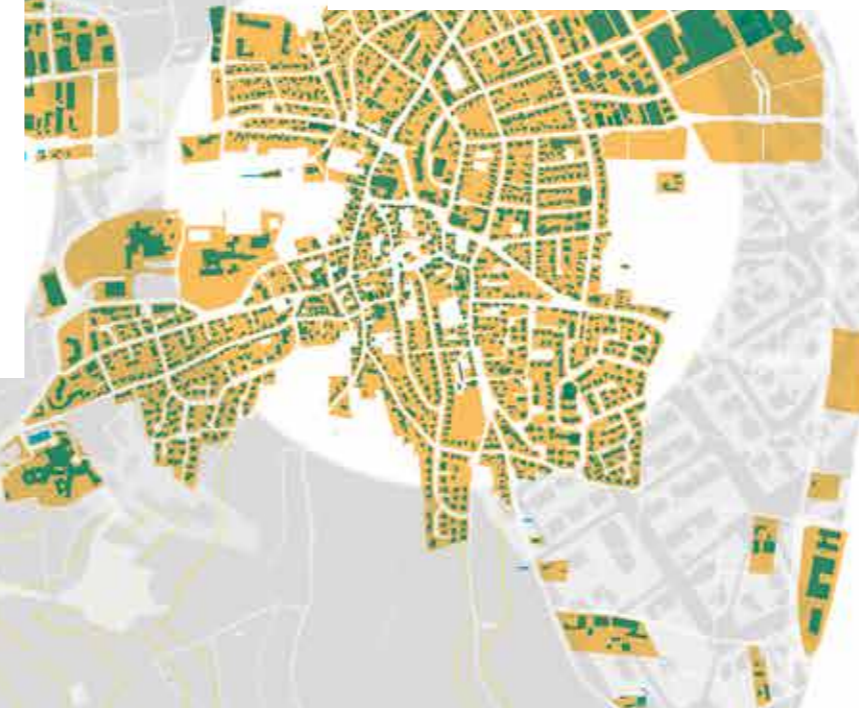
FILDERSTADT

*Eine Stadt.
Viele Möglichkeiten.*

Inhalt

Grußwort.....	4
Teil 1 Einleitung Der Filderstädter Weg - Gesundheit vor Ort gemeinsam Gestalten Vier neue Pfade bei der achtsamen Versorgung und Unterstützung Älterer in Filderstadt.....	5
1.1 Entstehungsgeschichte und Zielsetzungen: Gesundheit aus einer Hand.....	6
1.2 Umsetzung: koproduktiv - praxistauglich – auf verschiedenen Pfaden – wirklichkeitsnah – eingebettet..	7
1.2.1 „Brücke in den Alltag“	8
1.2.2 Vernetzung durch Kooperationsachsen und Kooperationsplattformen.....	9
1.2.3 Innovative digitale Informationsplattform für professionelle Gesundheitsakteur*innen und Bürger*innen mit ihren Familien.....	10
1.2.4 Gesundheitsdialoge zu Versorgungsfragen.....	10
Teil 2 Der Filderstädter Weg – Ergebnisse aus der praktischen Umsetzung	11
Der Prozess: Von der Vorlage bis zur strukturellen Umsetzung.....	11
Pfad1 Nachsorge durch Begleitung in Anlehnung an Konzepte des Casemanagement: Brücke in den Alltag.....	11
P 1.1 Das Konzept	11
• Intake/ Zuweisung.....	12
• Hilfeplan.....	12
• Abschluss.....	12
• Das Besondere: Begleitung durch bürgerschaftlich Engagierte.....	12
P 1.2 Die Nutzer*innen von „Brücke in den Alltag“	14
• Lebenslagen und soziale Situation.....	14
• Bedarfe und Problemlagen.....	15
• Gesundheitliche Situation.....	16
P 1.3 Die praktische Unterstützung	17
• Instrumentelle Unterstützung.....	17
• Informative Unterstützung.....	17
• Emotionale Unterstützung.....	17
P 1.4 Was eine Lotsenstruktur durch Casemanagement leisten kann	18
Pfad2 Verbesserung der Versorgungsqualität durch sektorenübergreifende Zusammenarbeit	20
P 2.1 Einstieg in sektorenübergreifende Zusammenarbeit in Filderstadt im Projektzeitraum: Formate und Maßnahmen.....	20
P 2.2 Ergebnisse zur sektorenübergreifenden Zusammenarbeit in Filderstadt.....	22
• Zum Stand der intersektoralen Zusammenarbeit.....	22
• Themenstellungen für sektorenübergreifender Zusammenarbeit.....	23
P 2.3 Entwicklungsperspektiven sektorenübergreifender Zusammenarbeit.....	25

Pfad3 Verbesserung der Versorgungsqualität durch Information: Die Informationsplattform www.gut-versorgt-in-filderstadt.de	26
P 3.1 Zur Informationslage in Filderstadt	27
P 3.2 Aufbau und Implementierung der Informationsplattform	27
• Zur Gliederung der Website.....	28
• Gunst- und Hemmfaktoren bei der Einrichtung der digitalen Informationsplattform.....	28
P 3.3 Perspektiven für die Ausgestaltung und Weiterentwicklung von www.gut-versorgt-in-filderstad.de	29
Pfad4 Verbesserung der Versorgungsqualität durch Angebote der Gesundheitsförderung: Die Gesundheitsdialoge.....	30
P 4.1 Gesundheitsförderung in Filderstadt	30
P 4.2 Gesundheitsdialoge: Ziele, Formate, Ergebnisse.....	30
P 4.3 Perspektiven für die Weiterentwicklung von Gesundheitsdialogen.....	34
Teil 3 Der Filderstädter Weg: Quintessenzen, praktische Relevanz, Perspektiven, Empfehlungen	37
3.1 Quintessenzen	37
3.2 Praktische Relevanz: • Zu den Verbesserungen in der Gesundheitsversorgung für Nutzer*innen.....	39
• Zu Stand und Verbesserungen der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit in Filderstadt.....	40
• Zu den Verbesserungen in der kommunalen Daseinsvorsorge.....	42
3.3 Perspektiven	43
3.4 Empfehlungen	46
Anhang	48
Abbildungsverzeichnis	65
Literaturverzeichnis	66



GRUSSWORT

Liebe Filderstädterinnen und Filderstädter, sehr geehrte Stakeholder und Gesundheitsakteur*innen,

Filderstadt ist eine Stadt voller Möglichkeiten – auch und gerade für gesundes und würdiges Altern. Mit neuen, wirksamen und alltagsbezogenen Initiativen möchten wir dies als Kommune angehen, orientiert an besonderen gesundheitlichen Herausforderungen dieser Lebensphase. Gesundheitskompetenz wird heute als ein Schlüsselfaktor betrachtet. Wir möchten in Menschen und in Qualität investieren.

Durch die steigende Lebenserwartung hat sich das Krankheitspanorama verändert: wir bleiben länger gesund, müssen aber Unterstützung vorsehen, um bis zuletzt in den eigenen vier Wänden bleiben zu können. Im Alter zählen wir zu den vulnerablen Gruppen. Eigen-

ständigkeit entscheidet sich oftmals im direkten Wohnumfeld und hängt davon ab, ob es Menschen und Dienste gibt, die sich kümmern. Jeder Übergang – wie z. B. ein Krankenhausaufenthalt – kann zu einer Weggabelung führen mit Folgen für Gesundheit, Selbständigkeit und Mobilität. Hier setzt das Projekt „Gesundheit vor Ort gemeinsam Gestalten“ an. Die Dokumentation zeigt, Unterstützung in Übergangssituationen braucht eine Gemeinschaftsleistung: Verbindliche Zusammenarbeit unter professionellen Partner*innen, Ziele, die motivieren, Klient*innen, die mitziehen, engagierte Bürger*innen, die sich sinnvoll einbringen können und einen Bezug zum Lebensort.

Der Name ist Programm: Eine Lotsenstruktur kümmert sich um die Begleitung nach Krankenhausaufenthalt. Es wird ein neues Element in der Primärversorgung älterer Bürger*innen mit

einem vernetzenden und quartiersbezogenen Arbeitsansatz etabliert. Erstmals verknüpfen wir Gesundheit stärker mit der Quartiersentwicklung in Bonlanden.

Mich hat die bisherige Entwicklung überzeugt. Wir wissen uns in Filderstadt in guter Gesellschaft. Die Robert-Bosch-Stiftung schreibt 2021 in der Zukunftssagenda Neustart Gesundheit: „Die Neuausrichtung muss bei den Menschen ansetzen, bei Ihrer Gesundheit und dort, wo sie leben.“ Machen Sie sich selbst ein Bild und lassen Sie sich durch die Dokumentation zu eigenen Schritten inspirieren.



Christoph Traub
Oberbürgermeister

Teil 1 | Einleitung

Der Filderstädter Weg -

Gesundheit vor Ort gemeinsam Gestalten

Vier neue Pfade bei der achtsamen

Versorgung und Unterstützung Älterer in Filderstadt

In Filderstadt ist generationengerechte Stadtteilentwicklung bereits über 10 Jahre ein zentrales Anliegen der Verwaltungsspitze.

Im Prozess der „Integrierten Stadtentwicklung“ (INSEK) und im Zuge der ersten exemplarischen Umsetzung von Quartiersarbeit im Stadtteil Sielmingen rückte die Weiterentwicklung der gesundheitlichen und Versorgungsinfrastruktur für Bürger*innen noch stärker in den Mittelpunkt. 2019 wurde die Gesundheitskonferenz eingeführt, einberufen und geleitet durch den Oberbürgermeister.

Seit 2020 sind beide Themen im Referat für Chancengleichheit, Teilhabe und Gesundheit, einer Stabstelle des Oberbürgermeisters, angesiedelt. Zudem fand sich in der Filderklinik eine starke Mitstreiterin.

Mit dem Projekt „Gesundheit vor Ort gemeinsam Gestalten“ wollte Filderstadt in Zusammenarbeit mit der Filderklinik und lokalen Gesundheitsakteur*innen die klinische Nachsorge für ältere Menschen weiterentwickeln. Erste Erhebungen bei den entlassenen Patient*innen der Filderklinik zeigten folgende Problemlagen:

- Drehtüreffekt durch wiederholte Aufnahmen
- Versorgungsprobleme am Wochenende
- Probleme bei der Zugänglichkeit und Bündelung von Informationen zu Versorgungs- und Unterstützungsmöglichkeiten
- Vermutete Kooperationslücken bei den Gesundheitsakteur*innen
- Engpässe beim Kurzzeitpflegeangebot

Diese Engpässe traten auf, obwohl in Filderstadt ein breites und differenziertes Angebot an Versorgungs- und Beratungsangeboten besteht, welches auch genutzt wird.





1.1 ENTSTEHUNGSGESCHICHTE UND ZIELSETZUNGEN: GESUNDHEIT AUS EINER HAND

Die Ausgangsbedingungen in Filderstadt waren auf drei Ebenen günstig: Die Notwendigkeit eines integrierten Vorgehens durch die Stadtverwaltung aufgrund der Siedlungsgeografie der 5 Stadtteile; durch die Einführung des Entlassmanagements in der Filderklinik als wichtigste Projektpartnerin und durch passende Förderprogramme zur Stärkung integrierter Versorgung auf Landesebene. Mit dem Projekt „Gesundheit vor Ort“ konnte das Referat für Chancengleichheit, Teilhabe und Gesundheit eine Lotsenstelle bis Frühjahr 2022 einrichten, die sich um Verbesserungen der wohnortnahen Versorgung und Unterstützung Älterer sowie der Vernetzung professioneller Akteur*innen von Gesundheit und Versorgung kümmert. Sie war besetzt mit zwei 0,5 Teilzeitstellen und einer 0,2 Stelle für Organisation.

Dem Projekt lagen drei Arbeitshypothesen aus sektorenübergreifenden Versorgungsansätzen zugrunde:

Belastungen abpuffern: Die Belastung für Klient*innen in der Nachsorge kann durch ein verändertes engmaschiges Überbrückungsregime abgefedert werden. Die bisherigen Arbeitsweisen, Verfahren und Angebote können die individuellen Belastungen der Nachsorgesituation nicht genügend abpuffern. Für alte und hochaltrige, meist multimorbide Patient*innen kann sich aufgrund der Verkürzung der Liegezeiten im Zuge der Entlassung eine kritische Lebenssituation durch Überforderung ergeben. Dieses Setting ist als Stress zu bewerten und wirkt sich auf den Genesungsprozess, die allgemeine Resilienz und die Ressourcen der selbständigen Lebensführung aus. U. a. entsteht die Gefahr eines Drehtüreffekts mit erneuter stationärer Aufnahme oder sogar die Aufgabe selbständiger Lebensführung.

Informationen bündeln und Akteur*innen verknüpfen: Wirksamkeit und Synergien einzelner professioneller Interventionen und An-

gebote können verstetigt und verbessert werden durch koordiniertes und kontinuierliches Zusammenwirken im Blick auf Wissens- und Informationsaustausch sowie Fragen der Gesundheitsplanung mit angestrebter Vernetzung.

Klient*innen empowern: Präventiv kann die Bewältigungskompetenz der Klient*innen durch wohnortnahe Maßnahmen der Aufklärung, Information und Gesundheitsförderung (informativer Support) auch in gesunden Zeiten aktiviert werden und damit zu einer verbesserten Resilienz beitragen.

Filderstadt wollte sich mit diesem Antrag auf den Weg machen, Versorgungsstrukturen und -netzwerke im Kontext der geriatrischen Medizin transparent, konkret, wohnortnah, bedarfsgerecht und hilfebezogen durch ein kommunales Casemanagement, gemeinsam mit den Gesundheitsakteur*innen, neu zu ordnen. Die beschriebene Schnittstelle sollte eine effizientere Beratungs-, Steuerungs- und Koordinierungsfunktion in der Primärversorgung insbesondere nach einem Klinikaufenthalt sicherstellen. Die damit einhergehende Lotsenfunktion sollte individuumsbezogen, biografisch und wohnortnah unterstützen. Damit sollte der Übergang von der stationären Krankenbehandlung in die weitere häusliche Versorgung verbessert werden, so dass sich die gesundheitliche Situation stabilisiert und die häusliche Lebenssituation erhalten bleibt. Im Zuge dieser auf Einzelfallhilfe ausgerichteten Funktion sollte ein kommunales sektorenübergreifendes Entlass- und Nachsorgenetzwerk aufgebaut werden.

Drei Zielgruppen waren angesprochen: direkt Betroffene, professionelle Gesundheitsakteur*innen und interessierte Ältere in den Stadtteilen.

1.2 UMSETZUNG: KOPRODUKTIV – PRAXISTAUGLICH – AUF VERSCHIEDENEN PFADEN – WIRKLICHKEITSNAH – EINGEBETTET

Als Weg zu sektorenübergreifender Versorgung setzen Kommunen i. d. Regel auf eine Kombination von Case- und Caremanagement. Dabei geht es a) um die Einführung von Casemanagement als Arbeitsprinzip von Beratungs- und Vermittlungsinstanzen und b) um Vernetzungsprozesse möglichst vieler Gesundheitsakteur*innen.

Dagegen wurden bei „Gesundheit vor Ort gemeinsam Gestalten“ nach einer ersten Erkundungs- und Erprobungsphase vier in sich eigenständige Strategien entwickelt. Sie gehen zurück auf lokale Besonderheiten von Filderstadt, aber auch auf die durch die Pandemie erzwungenen Umstände. Sie orientierten sich vor allem an der Stärkung von Handlungsfähigkeit im Projekt.



BEGLEITUNG, wenn es am meisten darauf ankommt
Brücke in den Alltag: Hand in Hand aus der Filderklinik nach Hause - auch mit dem Engagement von Bürger*innen



ZUGANG ZU INFORMATIONEN auf einen Click:
Datenbanken zu Versorgungsfragen in Filderstadt für alle im Internet



ZUSAMMENARBEIT mit starken Partner*innen im Gesundheitsbereich
Durch fallbezogene Absprachen (Filderklinik/Hausärzte).
-im Qualitätszirkel- in der Gesundheitskonferenz -



GESUNDHEIT VOR ORT durch Gesundheitsdialoge im Stadtteil
Aufklärung, Information und Beteiligung zu Versorgungsfragen wohnortnah

Abb. 1 | Vier Strategien der Umsetzung



**Das Projekt
"Gesundheit vor Ort
gemeinsam Gestalten"**
4 Pfade

1.2.1 „Brücke in den Alltag“

Zugehende, niederschwellige, sozialraumbezogene Einzelfallhilfe zur Nachsorge nach Klinikaufenthalt durch Begleitung in Anlehnung an Konzepte des Case-Management in kommunaler Verantwortung mit einer engen institutionellen Verknüpfung an der Schnittstelle Klinik.

Für die Klient*innen wird ein engmaschiges Begleitungs- und Vermittlungssystem auf der Grundlage direkter Klientenzuweisung durch Klinik oder Hausärzt*in erprobt. Es bietet zugehende Unterstützung auf Zeit für Ältere und ihre Familien nach Aufenthalt in der Filderklinik und nach akuten Behandlungen. Es kann notwendige Ressourcen erschließen durch gezielte Vermittlung mit örtlichen Gesundheitsakteur*innen. Die Arbeitsweise orientiert sich am Konzept des Casemanagement und ist qualifizierter Bestandteil der Klinikentlassung. Durch Zuweisung, die auf Kriterien basiert, nimmt die Lotsenstelle noch in der Klinik Kontakt auf und präzisiert die Bedarfslage mit Hilfe eines standardisierten Assessmentinstruments. Im Rahmen eines Hausbesuchs werden mit den Betroffenen bzw. deren Angehörigen Unterstützungsmaßnahmen erarbeitet und praktisch vermittelt. Die Begleitung endet mit der abschließenden Bewertung und evtl. Übergabe an weitere Dienstleister*innen. Als weitere Ressource für die Nachsorge wird ein Hilfenetzwerk mit qualifizierten, bürgerschaftlich engagierten Personen aufgebaut, möglichst mit Quartiers- und Nachbarschaftsbezug.



Abb. 2 | Merkmale der fallbezogenen Begleitung „Brücke in den Alltag“

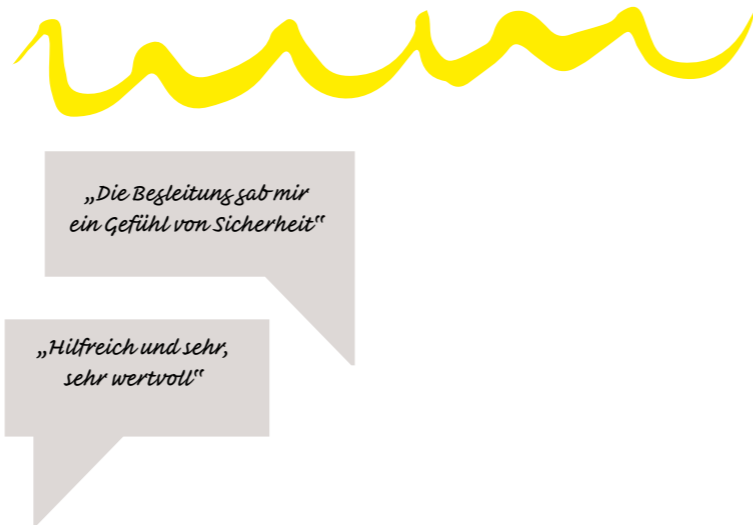


Abb. 3 | Begleitung bei „Brücke in den Alltag“



1.2.2 Vernetzung durch Kooperationsachsen und Kooperationsplattformen

Exemplarische sektorenübergreifende Zusammenarbeit, eingebettet in die städtische Gesundheitsplanung: Einstieg in ein Versorgungsnetzwerk durch koordinierten Austausch in Form von Plattformen, durch freiwillige, verbindliche Zusammenarbeit und durch Ansätze intersektoraler Information und Kommunikation.

Gesundheitsakteure werden durch Stakeholdergespräche in die Gesundheitsplanung eingebunden. Mit den kommunalen Beratungsdiensten und interessierten Hausärzten wird versucht, fallbezogene Zusammenarbeit und Vermittlung aufzubauen. Die kommunale Gesundheitskonferenz stellt eine zentrale Plattform für Information und Austausch dar. Die Lotsenstelle übernimmt geschäftsführende Aufgaben und sorgt für Berichterstattung.

„Sehr unerwartet, ich war überrascht, dass es so etwas gibt“

KOOPERATIONS-LANDKARTE

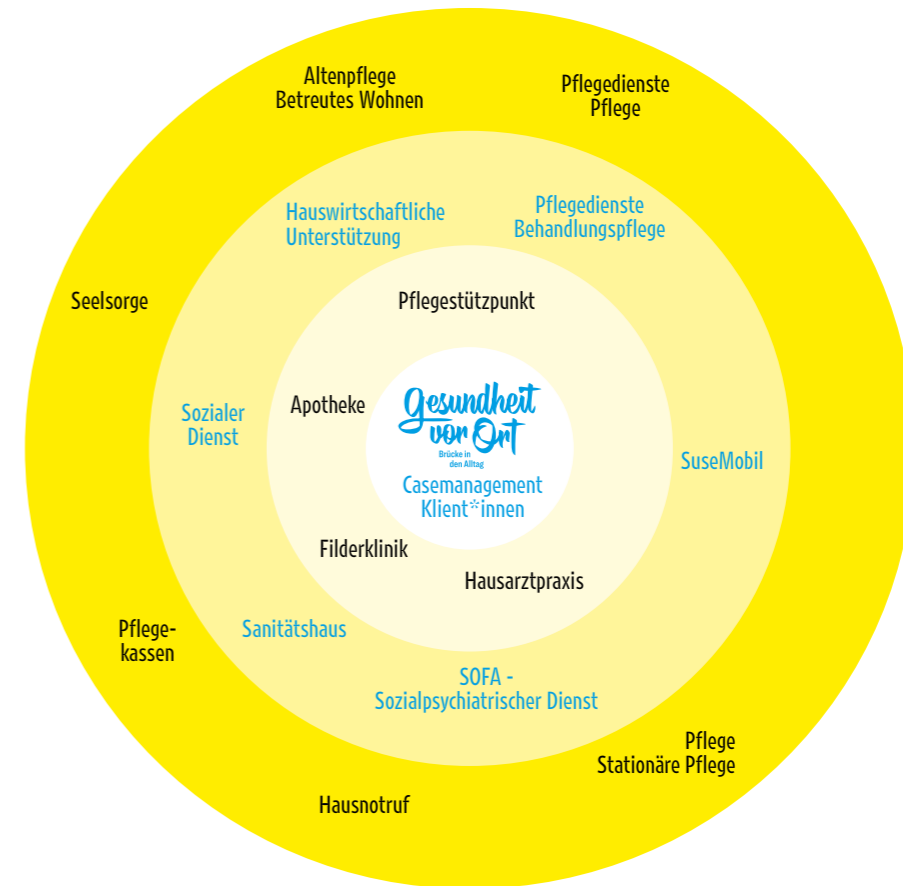


Abb. 4 | Partner*innen in der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit

1.2.3 Innovative digitale Informationsplattform für professionelle Gesundheitsakteur*innen und Bürger*innen mit ihren Familien

Verbesserung der Versorgung durch transparente Information:

Den professionellen Gesundheitsakteur*innen werden systematische Informationen zur Versorgungslandschaft in Form einer Homepage zu Verfügung gestellt und mit ihnen weiterentwickelt. Mit einer attraktiven und einfachen Plattform samt Datenbank zu Versorgungs- und Unterstützungsangeboten für Nutzer*innen und professionelle Akteur*innen wird die Informationsinfrastruktur deutlich verbessert.



Abb. 5 | Postkarte zur Website

1.2.4 Gesundheitsdialoge zu Versorgungsfragen

Verbesserung der Versorgung durch sozialräumliche Aktivitäten der Gesundheitsförderung In Zusammenarbeit mit lokalen Akteur*innen, verknüpft mit der Quartiersentwicklung:

Informiertheit stellt einen Schutzfaktor dar für zukünftige Krankheitsereignisse. Dafür initiiert die Lotsenstelle wohnortnah und leicht zugänglich Gesundheitsdialoge zu Versorgungsfragen für Klient*innen, aber auch für professionelle Nutzer*innen. Gesundheitsdialoge sind stadtteilbezogene Initiativen der Information, Aufklärung und Gesundheitsförderung für Filderstädter Bürger*innen, die Orientierung in der lokalen Versorgungslandschaft erleichtern, Barrieren der Nutzung abbauen und Informationen zu Bedarfen ermöglichen. Die Klient*innen und Angehörigen werden dadurch unterstützt bei informierten und individuellen Entscheidungen rund um Versorgungsmöglichkeiten in Filderstadt und allen Möglichkeiten der sozialen Teilhabe in der Erkrankungssituation. Sie sind auf Beteiligung ausgerichtet, bieten Informationen und Austausch zu örtlichen Versorgungsfragen und werden kooperativ mit lokalen Partnerorganisationen durchgeführt.



Abb. 6 | Flyer „Aktivitäten rund um Bonlanden“ – Gesundheitsdialoge

Teil 2

Der Filderstädter Weg – Ergebnisse aus der praktischen Umsetzung

Pfad1 Nachsorge durch Begleitung in Anlehnung an Konzepte des Casemanagement: „Brücke in den Alltag“

P.1.1 Das Konzept

Im Mittelpunkt steht die Begleitung dann, wenn es am meisten darauf ankommt. Entsprechend dem Projektnamen bieten die Lotsinnen in diesen Fällen eine „Brücke in den Alltag“, indem sie die Menschen aus der Filderklinik nach Hause begleiten und dort den Vermittlungsbedarf praktisch klären und notwendige Schritte in die Wege leiten. Hierbei wird auch auf bürgerschaftliches Engagement gesetzt. Freiwillige wirken in der Begleitung in Form kleiner Handreichungen, Besorgungen und Einkäufe, Spazieren gehen und aufmunternden Gesprächen mit. Sie führen keine Pflege oder hauswirtschaftlichen Dienste durch.

„Brücke in den Alltag“ versteht sich als ein ausschnittweises Casemanagement für die Ausgestaltung einer Übergangssituation und konzentriert sich dabei auf Begleitung, Beratung, praktische Unterstützung und Monitoring zur Stabilisierung der poststationären Situation. Diese Begleitung ist

in der Regel für 4 bis max. 6 Wochen vorgesehen und setzt die Einwilligung der Betroffenen voraus. Es hat sich allerdings gezeigt, dass dieser Zeitraum angesichts der derzeitigen Versorgungssituation in Filderstadt eher ausgeweitet werden muss. Zudem hat sich bestätigt, wie komplex Bedarfslagen im Zusammenhang mit vulnerablen Lebenslagen allein-stehender geriatrischer Patient*innen sein können.

Die Lotsenfunktion zielt auf die Reduzierung von Drehtüreffekten, auf die Unterstützung von Gesundheitskompetenz, den Aufbau von Vertrauen und Compliance und vor allem auf die Erschließung und Individualisierung von Leistungen und Kooperationen mit den lokalen Gesundheitsakteur*innen zum Erhalt der Häuslichkeit.

„Brücke in den Alltag“ stellt damit ein SELEKTIVES CASEMANAGEMENT FÜR DIE AUSGESTALTUNG EINER ÜBERGANGSSITUATION dar mittels Begleitung, Beratung, praktischer Unterstützung und Monitoring. Die Casemanagementsystematik bildete den Orientierungsrahmen für die Strukturierung der Begleitungsprozesse.

- Zielgruppe: Filderstädter Bürger*innen über 60
- Begrenzt: 4 – max. 6 Wochen
- Unentgeltlich
- Durch Lots*innen angesiedelt im Referat 025 (Chancengleichheit, Teilhabe und Gesundheit) der Stadtverwaltung Filderstadt
- Alltagsbezogen: nicht auf Pflegebedürftigkeit ausgerichtet
- Zeitnah: Zuweisung durch das Entlassmanagement der Filderklinik
- Zugehend nach Einwilligung der Klient*innen
- Vertrauensbildend und bürgernah: u.a. mit bürgerschaftlich Engagierten

Abb. 7 | Merkmale des Angebots „Brücke in den Alltag“

„Das hat mir wahnsinnig weitergeholfen“

„Ich habe erfahren: Man bittet viel zu wenig um Hilfe, man weiß nicht was es an Hilfe und Möglichkeiten gibt. Es gibt die Möglichkeiten und man sollte sie nutzen.“

„Insgesamt hat mir das den Druck genommen, immer allein dazustehen“

„Es war eine Situation, die mich überfordert“

„Es war überraschend und schön, dass jemand da war“



- **Tel. Vermittlung** mit Entlassmanagement; Zuweisung durch das EM; immer fallbezogene Rückmeldungen
- **Klinikbezogenes Assessment** durch EM (Barthel Index erweitert/ Erfassungsbogen)
- **4 Austauschtreffen/ Jahr** mit Entlassmanagement
- **Risikoabschätzung** durch Brücke in den Alltag mittels BRASS
- **Zusammenarbeit** mit Krankenhaussozialdienst nur in ausgewählten Konstellationen
- **Hilfekoordination** und praktischer Support nach Möglichkeit nicht länger als 6 - 8 Wochen
- **Abschlussgespräch**
- **Verlaufsdokumentation**

Abb. 9 | Verfahren der Zuweisung

Abb. 8 | Begleitung durch bürgerschaftlich Engagierte

Bei den Lotsinnen handelt es sich in der zweiten Besetzung um zwei Fachkräfte mit a) pflegerisch-gesundheitspädagogischem und gerontologischem Hintergrund sowie Erfahrung mit Bürgerengagement und b) logopädisch-therapeutischem Hintergrund sowie Feld- und Institutionenerfahrung, jeweils ohne ausdrückliche Qualifikation in Casemanagement. Sie sind in der städtischen Verwaltung angesiedelt. Das Tandem hat sich wegen der Vertretungsfunktion als zielführend erwiesen.

Intake/ Zuweisung

Die Zuweisung erfolgte durch das Entlassmanagement (EM) der Filderklinik und zwar aus den Abteilungen Innere Medizin, Chirurgie und Onkologie. Die Datenvermittlung durch das Entlassmanagement ist in der Datenschutzvereinbarung zwischen Filderklinik und Patient*innen geregelt.

Die Vermittlung der Patient*innen erfolgte durch einen Überleitungsbogen (s. Anlage VII). Der Bogen wird per Fax übermittelt mit einem begleitenden Anruf des Entlassmanagements an die Gesundheitslotsin. Das Formular ist auf einfache, aber zielführende Daten zur Lebenslage ausgerichtet und kann zeitsparend ausgefüllt werden. Außer dem Übernahmebogen gibt es systematische Kommunikation mit dem Entlassmanagement auf der operativen Ebene mit kontinuierlicher Rückmeldung zu den Begleitungen. Auf der Projektebene arbeitet eine Lenkungsgruppe (Pflegedienstleitung, betriebliche Geschäftsführung der Filderklinik; Referatsleitung; professionelle Lotsinnen) im vierteljährlichen Turnus.

Hilfeplan

Die Anliegen, Nöte und Bedarfe wurden von der Lotsin im Erstgespräch und weiteren Gesprächen oder Telefonaten erhoben und nach Dringlichkeit bearbeitet. Für den Hilfeplan

sind die Anliegen und Bedarfe der Klient*innen wegweisend. Es gibt keine Zuständigkeitsbegrenzung, was den Hilfeplan betrifft.

Formal wurde mit den Klient*innen eine Vereinbarung zu „Brücke in den Alltag“, eine Datenschutzerklärung und eine Vereinbarung über die Hygienevorschriften der Covid-19 Pandemie getroffen.

Abschluss

Nach spätestens 6 Wochen der Begleitung zieht die Lotsin Bilanz: Ist die Versorgung bedarfsgerecht organisiert, so dass die Klient*in alleine zurechtkommt? Ein Gespräch mit den freiwilligen Lotsinnen wird geführt, um den letzten Einsatz zu vereinbaren und sich zu verabschieden. Gemeinsam mit der Klient*in wird die Begleitung reflektiert und die Zukunft besprochen. Zusätzlich werden Angehörige oder andere Personen auf Wunsch der Klient*in unterrichtet. In der Regel ruft die Lotsin 4 Wochen nach dem Abschlussgespräch bei den Klient*innen noch einmal an, um das Befinden zu erfahren. Die Dokumentation der Klient*innen wird abgeschlossen.

Das Besondere: Begleitung durch bürgerschaftlich Engagierte

„Brücke in den Alltag“ zeichnet sich dadurch aus, dass in die Begleitung auch bürgerschaftlich Engagierte aus Filderstadt einbezogen sind. Die Begleiter*innen der **Brücke in den Alltag** verstehen sich als **Kümmerer auf Zeit**. Seit Dezember 2021 sind 12 Freiwillige (11 Frauen und 1 Mann) engagiert. 10 Freiwillige (10 Frauen) waren bis Ende Dezember 2021 im praktischen Einsatz. Insgesamt wurden im Projektzeitraum 26 Personen (22 Frauen und 4 Männer) in einer Altersspanne von 38-68 Jahren in persönlichen Gesprächen über das bürgerschaftliche Engagement informiert. Derzeit engagieren sich 18 freiwillig.

Zuweisung



Informationsgrundlage Filderklinik

- Überleitungsbogen
- Telefonat Klinik & Stadt -> Erstinformationen
- Datenschutz & Schweigepflicht

Informationsgrundlage HÄ

- 1 Bogen mit
- Datenschutz und Schweigepflicht
- Erfüllung Einschlusskriterien

Aktivitäten „Brücke in den Alltag“

Erstkontakt zum/zur Klient*in in Klinik oder Zuhause telefonisch

BOGEN 1
BRASS

BOGEN 2
Klientenbogen

BOGEN 3
Vereinbarung zum KCM (DSGVO)

BOGEN 4
Vereinbarung Fotos (DSGVO)

Intake

BOGEN 5
Bedarfs-einschätzung und Lösungsansätze

Aktivitäten „Brücke in den Alltag“

- Hausbesuch | Gespräch | teilnehmende Beobachtung
- Dokumentation Handlungsverlauf
- Leitfadengestützte Prozessnotizen für spätere Evaluationsfragen

Assesement /
Hilfepanung /
Umsetzung

Aktivitäten „Brücke in den Alltag“

- Nach 3-4 Wochen** Anruf/Besuch bei Klient*in
- Anschließende Verlaufsdarstellung anhand Evaluationsfragen
- Übertragung in Excel
- Nach 8 Wochen** Monitoring- Telefonat
- Rückmeldung an Entlassmanagement Filderklinik und/oder Hausarztpraxis

BOGEN 6
Fragebogen Zufriedenheit Begleitung

Abschlussgespräch

- Leitfragen
- Rückmeldungen Engagierte

Abschließender leitfadengestützter **Fallbericht für Case Study**

Evaluation &
Monitoring

Abb. 10 | Verfahren in Anlehnung an Casemanagementkonzepte

P 1.2 Die Nutzer*innen von „Brücke in den Alltag“

„Brücke in den Alltag“ ist ein Instrument zur Verbesserung der Nachsorge Älterer in Filderstadt. Es soll die bestehenden Beratungs- und Vermittlungsangebote sinnvoll und effektiv ergänzen und erweitern. Parallelstrukturen, etwa zum Pflegestützpunkt, sollten unbedingt vermieden werden. In dieser Altersgruppe nimmt in der Regel die Vulnerabilität zu und Lebenspartner*innen versterben – es entsteht eine doppelte Belastung. Durch das Versterben der Partner*innen leben die Personen alleine. Die Kinder sind in der Regel außer Haus, gleichaltrige Verwandte, Freunde und Nachbarn sterben. Diese Altersgruppe ist mit zunehmender eigener Hilfebedürftigkeit und der Auseinandersetzung mit chronischen Krankheitsverläufen konfrontiert. Zudem leben Angehörige (Töchter, Söhne und Enkel*innen, Nichten und Neffen), die sich kümmern könnten, oftmals nicht im selben Ort und sind berufstätig und damit eingeschränkt zeitlich verfügbar.

Die Wohnsituation kann ausschlaggebend sein für Mobilität und das Gefühl der Hilflosigkeit – vor allem in der ersten Woche nach der Klinikentlassung. Dabei geht es um Erledigungen, die außerhalb der Wohnung getätigt werden müssen wie Arztbrief zur Hausarztpraxis bringen, Rezepte einlösen, Einkaufen oder ambulante Therapiebesuche. Die oftmals noch vorhandene körperliche Schwäche und das Zurechtkommen mit der Diagnose stellt die Klient*innen vor große Herausforderungen, Unsicherheiten und Ängste. Nach den ersten Tagen des zu Hause Ankommens und das Erledigen der dringlichen Notwendigkeiten, stellt sich die Frage, wie die Klient*innen mit den eventuell bleibenden Beeinträchtigungen ihre Zukunft gestalten können. Hier setzt eine intensive Zielfindung, Beratung und Vermittlung ein.

Lebenslagen und soziale Situation

Im Projektzeitraum wurden insgesamt 89 Begleitungen durchgeführt. In die Auswertung wurden Daten von 48 Klient*innen zwischen Oktober 2020 und Dezember 2021 einbezogen. Mit Hilfe des BRASS-Index (Blaylock-Risk-Assessment-Screening-Score – Ann Blaylock und Corolyn Cason, 1992, USA, s. Anlage XI) ließ sich die Gefährdungssituation einschätzen und die wichtigsten Beeinträchtigungen erfassen. Außerdem wurden Daten zur Wohn- und Lebenssituation erhoben.

- Es wurden **doppelt so viele Frauen wie Männer** begleitet. Es ist bekannt, dass in dieser Altersgruppe mehr Frauen als Männer alleine leben, durch ihren Witwenstatus.
- 2/3 der begleiteten Klient*innen wohnen alleine und 1/3 in einer Lebenspartnerschaft, deren Lebenspartner*innen oftmals zur vulnerablen Gruppe von Älteren gehört. Die Begleitung von Paaren kann sich komplexer gestalten, wenn unterschiedliche Interessen vorliegen.
- **30 von 43 Netzwerken der Klient*innen haben einen labilen oder prekären Charakter.** Das Angebot von „Brücke in den Alltag“ konnte manches „abfedern“, trotz der Vermittlung von Dienstleistern, blieben für die weitere Zukunft Fragen offen. Die Klient*innen und ggf. deren Angehörige schätzen die Beratung und Begleitung von „Brücke in den Alltag“ als weiteres stabilisierendes Element.
- Die Anzahl der betreuten Fälle in den Stadtteilen ist im Größenverhältnis der Anzahl der Einwohnenden über 60 Jahre nachvollziehbar, der **Stadtteil Plattenhardt** macht eine Ausnahme, mit überproportionalen Fällen (Altersstruktur des Wohngebietes).

- In 28 (75%) von 37 bekannten Fällen wohnten die Klient*innen in einem Mehrfamilienhaus im Obergeschoß oder im Erdgeschoß mit Treppen. Auch die Mehrfamilienhäuser mit Aufzug sind häufig nur über Stufen zugänglich. **Ein barrierefreier Zugang zur Wohnung ist die Ausnahme** – eine große Behinderung bei mobilitätseingeschränkten Personen, die z. B. einen Rollator nutzen.
- Pflegende und sorgende Angehörige können durch die Krankheit, den Klinikaufenthalt und die Entlassung selbst in Nöte kommen. In einigen Fällen waren die **Lebenspartner*innen ebenfalls von Krankheit und Hilfebedürftigkeit** betroffen. Pflegende Angehörige, die schon längere Zeit in der Betreuung und/ oder der Pflege ihrer älteren Familienangehörigen involviert waren, waren oft selbst bis an ihre Grenzen belastet. Dabei stand die Unterstützung der pflegenden Angehörigen im Vordergrund.
- In der Unterstützung von pflegenden Angehörigen wurde deutlich, dass für die Belange, **Anliegen und Bedarfe von Angehörigen fast keine Angebote der Beratung, Schulung und Unterstützung** in Filderstadt vorhanden sind – weder in professionellen noch im bürgerschaftlichen Bereich (z. B.: Pflegebegleitung). Die Covid-19 Pandemie hatte zusätzlich die Auswirkung, dass die wenigen Angebote, die es üblicherweise gibt, nur in anderen Weise stattfinden konnten z. B.: Gesprächskreis für pflegende Angehörige im digitalen Format.
- Fast **drei Viertel der begleiteten Klient*innen waren nicht eingestuft.** Ihnen wie den Angehörigen fehlte oft die Kenntnis über mögliche Leistungen der Pflegeversicherung ab Pflegegrad eins (Entlastungsbetrag von 125 €).

Bedarfe und Problemlagen

Im Zusammenhang mit häuslicher Versorgung traten wiederkehrende Muster auf:

- Überforderung mit der Haushaltsführung, das Fehlen niedrighschwelliger Haushaltshilfen
- Fehlen niederschwelliger Fahrdienstangebote
- Fehlen niederschwelliger Besuchsdienste
- Langer, undurchsichtiger Weg von der Verordnung zum Hilfsmittel
- Beschäftigung mit der Krankheitsverarbeitung, Gesprächsbedarf
- Einsamkeit
- Keine Begleitung von pflegenden Angehörigen
- Fehlendes Wissen um Angebote, mögliche Dienstleistungen und Anbieter*innen

Neben dem sozialen und emotionalen Support bestand ein großer Teil der praktischen Tätigkeit in der Vermittlung zu anderen Gesundheitsakteur*innen. Dazu zählten vor allem der Pflegestützpunkt der Stadt Filderstadt, Arztpraxen und das SUSEmobil (Einkaufsfahrdienst). In einzelnen Fällen wurde der Menüservice, der soziale Dienst der Stadt Filderstadt, Therapeut*innen, SOFA (Sozialpsychiatrischer Dienst für Ältere) oder die Seelsorge der Kirchen vermittelt. Durch die Vermittlung und den resultierenden Kontakt entstanden „kurze Wege“. Weitere Vernetzungsaktivitäten fanden im Rahmen des Casemanagement nicht statt. Die Vermittlung der Kurzzeitpflege spielte für diesen begleiteten Kreis der Klient*innen keine Rolle.

Es gab einige Klient*innen mit unkomplizierten Anliegen ohne aufwändige Begleitung und Vermittlung. Aufgrund der Covid-19 Pandemie verlagerten sich auch einige Begleitungen in den telefonischen Kontakt. In einigen Fällen bestand der Kontakt ausschließlich zu den Angehörigen, wobei deren Anliegen dann auch im Vordergrund standen. Bedarfe der **Wohnsituation** entstanden häufig durch Treppen oder Stufen, bei gleichzeitigen Mobilitätsproblemen. Im **Wohnumfeld** bestand Handlungsbedarf bei fehlender Unterstützung z. B. durch Angehörige oder Nachbarn.

Probleme in der **hauswirtschaftlichen Versorgung** umfassten das Einkaufen oder die Unterhaltsreinigung der Wohnung. Bedarfe im Bereich der **Ernährung** wurden mit Lieferungen vom Menüservice oder durch Ernährungsberatung unterstützt.

Der Bereich der **Teilhabe** wurde weitgehend durch Probleme der Mobilität, der Gebrechlichkeit insgesamt und der Defizite in der Sinneswahrnehmung bestimmt. Bei Start des Kommunalen Casemanagements befanden sich vier Klient*innen in den Pflegestufen 3 oder 4. Diese Personen hatten eine onkologische Diagnose oder waren von Multimorbidität betroffen. Häufig wurden in diesen Konstellationen in erster Linie die Angehörigen begleitet und in der Organisation von Hilfen und der Bewältigung der Situation unterstützt. Zehn Klient*innen waren in Pflegegrad 1 eingestuft, vier in Stufe 2. In zehn Fällen hat die Lotsin die Beantragung der Pflegestufe unterstützt (den Klient*innen wurde bei der Antragstellung geholfen/ beigestanden oder in an den Pflegestützpunkt vermittelt). In drei Fällen war kurz vor der Begleitung ein Antrag abgelehnt worden. Bei 17 Fallbegleitungen wurde keine Einstufung vorgenommen.

Abb. 11 | Typische Bedarfe in der Nachsorgesituation

Gesundheitliche Situation

Die Konzeption von „Brücke in den Alltag“ hatte eine ausgewählte Gruppe von Klient*innen im Blick: Menschen, vermutlich über 75 oder 80 Jahre alt, die Unterstützung benötigen in der Organisation ihres Alltages in den ersten Wochen nach dem Klinikaufenthalt.

Als Instrument der Risikoeinschätzung wurde der BRASS-Index verwendet. Er unterscheidet drei Risikoqualitäten:

- A 1-10 Punkte: Risiko hinsichtlich häuslicher Versorgung/Pflege
- B 11-19 Punkte: Risiko hinsichtlich Entlassung / Anschlussversorgungsbedarf
- C 20 und mehr: Risiko hinsichtlich anderweitiger Unterbringung als in der Häuslichkeit.

Die Klient*innen der **Risikoqualität B mit einem unklaren Anschlussversorgungsbedarf** (BRASS Index 11-19 Punkte) bildet die größte Gruppe. Diese Personengruppe ist ansonsten häufig nicht sichtbar, da die Klient*innen häufig keinen Pflegegrad besitzen. Bei 15 Klient*innen konnte der BRASS Index aus verschiedenen Gründen nicht erhoben werden: Der Kontakt und die Unterstützung waren sehr kurz oder der Kontakt erfolgte ausschließlich telefonisch oder der Kontakt bestand ausschließlich zu den pflegenden Angehörigen. Voraussetzung für eine verlässliche Einschätzung im BRASS Index war der persönliche Kontakt und ausreichend Zeit für die Einschätzung.

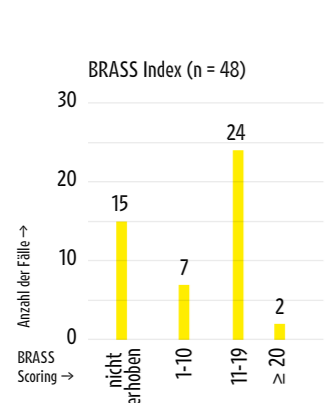


Abb. 12 | Ergebnisse des BRASS Index

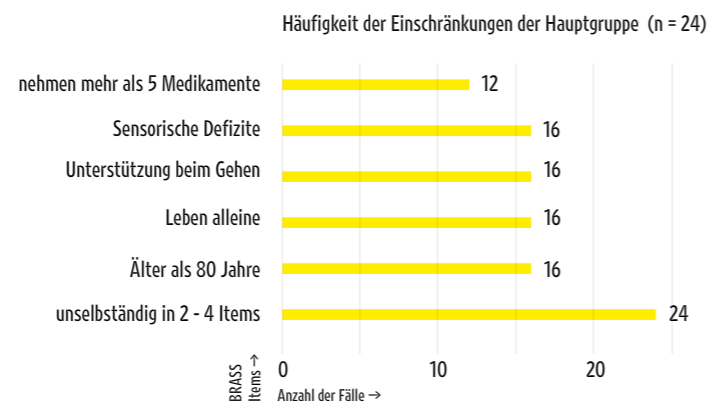


Abb. 13 | Einschränkungen bei der Hauptgruppe der begleiteten Klient*innen

Die Risikoqualität B beruht bei den erfassten Klient*innen auf **Einschränkungen, die typische Gefährdungen** mit sich bringen, ohne direkt mit Pflegebedürftigkeit verknüpft zu sein: Die Klient*innen leben alleine, sind älter als 80 Jahre und haben vor allem Bedarfe in der hauswirtschaftlichen Versorgung und der Mobilität.

Das psychische Befinden kann als emotional verunsichert beschrieben werden. Dies hemmt die Organisation von Maßnahmen, zur Erkennung von Bedarfen, die Annahme von Hilfen und somit auch zur Genesung. Die Unterstützung und zugehende Arbeitsweise der Lotsin wirkte stabilisierend und zielführend. Einige Klient*innen hatten hochbetagte Lebenspartner*innen. Häufig war die emotionale Verunsicherung auch bei ihnen vorzufinden.

„Diese Umstellung vom alt werden und Hilfe brauchen ist für mich ein großer Schritt.“

„Das hat mich fast umgehauen, dass ich so hilfsbedürftig geworden bin.“



„Das flexible und bewegliche, das beruhigt ja dann auch.“

„Es war für mich wie eine Offenbarung, dass mehrere Sachen hintereinander möglich waren.“

„Das strukturierte, dann festlegen und dann die Zeit einhalten helfen.“

„Auch dieses Wissen im Hintergrund, die hat echt Ahnung.“

„Punktuelles geschwind eingreifen.“

Abb. 14 | Spaziergänge und Einkäufe

„Und dass Sie von der medizinischen Seite auch Bescheid wissen, das ist gut, das merkt man.“

P 1.3 Die praktizierte Unterstützung

Unterstützung durch Lotsinnen war in sehr unterschiedlichen Formen gefragt. **Instrumentelle Unterstützung sichert gerade für Alleinlebende eine verlässliche Nachsorge und Alltagsversorgung nach Klinikaufenthalt:** Den Arztbrief zur Hausarztpraxis bringen; Rezepte einlösen; Begleitungen zu Ärzt*innen; Therapeut*innen, Optiker*innen usw.; Einkaufen; Fahrdienste; Spaziergänge und Üben mit dem Rollator oder das Treppengehen, Erledigungen bei Behörden und anderen Stellen.

Informative Unterstützung in Form von Beratung und Vermittlung war am häufigsten: Beratung zu gesundheitlichen und pflegerischen Themen (bspw. Beantragung Pflegegrad), Vorsorgende Papiere, Hilfsmittel, sonstige finanzielle Unterstützungen. Vermittlung zu anderen Diensten, vor allem den Pflegestützpunkt, SUSEmobil, Sozialer Dienst, SOFA, Menüservice, Dienstleistungen zur Alltagsbegleitung und Hauswirtschaftlicher Dienste. Hilfe in der Kommunikation mit Institutionen wie Arztpraxen oder Pflegekassen; auch konkrete Organisation von Hilfen.

Emotionale Unterstützung spielte immer eine Rolle in der Verarbeitung des Klinikaufenthaltes und des Einlassens auf die kommenden Wochen. Diese Unterstützungsform umfasst besonders die Aufmunterung, den eigenen Hilfebedarf wahrzunehmen und konkret Hilfe anzunehmen. Dazu zählt auch die Begleitung sorgender und pflegender Angehöriger. Bei den Klient*innen wurden dadurch Zuversicht und Sicherheit empfinden als wichtige Aspekte von Resilienz gestärkt.

Dazu können gerade die **ehrenamtlichen Begleiter*innen** beitragen. Sie nehmen dabei eine **Rolle ein, die auch Angehörige** ausfüllen, stünden sie vollumfänglich zur Verfügung: Mit Zuhören und einem wachen Blick für die Bedürfnisse und Befindlichkeiten. Sie sind „einfach da“ und schauen, ob alles in Ordnung ist. Sie bieten bei Bedarf erste praktische Hilfen: Die Wohnung ist am Entlassungstag beheizt, der Kühlschrank gefüllt und der Arztbrief wird zur Hausarztpraxis gebracht. Sie begleiten die Klient*innen zu Nachsorgeterminen und helfen daran zu denken, dass die Klient*innen ausreichend trinken und ihre Medikamente einnehmen. Der Einsatz der Ehrenamtlichen aus dem Quartier fördert Kontakte vor Ort und eine verbindliche Nachbarschaft. Freiwillige bringen frische Luft, frische Gedanken und Zuversicht ins Haus. Durch Gespräche kann den Sorgen und Unsicherheiten der Klient*innen begegnet werden. Ein nach vorne gerichteter Blick unterstützt die Genesung.

Die Vorbereitung der Ehrenamtlichen umfasst 6 Module á 3 Stunden, sowie Austauschtreffen und ist kostenlos. Das Konzept des selbstbestimmen Lernens anhand von Themenkarten ermöglicht, auf die Interessen, Vorkenntnisse und Talente der Freiwilligen einzugehen. Als Anerkennung gibt es kleine Geschenke und gesellige Angebote. Zudem erfolgten schriftliche Vereinbarungen: allgemeine Vereinbarungen inkl. Datenschutz, Schweigepflicht, Vereinbarungen zu den Covid-19 Pandemie – Hygieneregeln und der Fahrtkostenerstattung.

Die hauptamtliche Gesundheitslotsin eruiert den Bedarf an Hilfe und Unterstützung und koordiniert den Einsatz. Sie ist die Ansprechpartnerin und Unterstützerin der Begleiter*innen, die sich unentgeltlich einbringen.

„Sind wie Sterne in der Nacht.“

P 1.4 Was eine Lotsenstruktur durch Casemanagement leisten kann

Auf Grund steigender Lebenserwartung, Multimorbidität und sozialer Vulnerabilität zeigen hochbetagte Menschen nach einer stationären Behandlung einen komplexen Versorgungsbedarf. Veränderte familiäre und soziale Strukturen bewirken, dass das System „Familie“ bei der Versorgung und Unterstützung Älterer und Hochbetagter gerade in dieser Situation unter Druck gerät. Der steigende Kostendruck der Krankenhäuser verschärft die Entwicklung hin zu immer kürzerer Verweildauer. Der Zustand zum Entlassungszeitpunkt erlaubt es bestimmten Zielgruppen kaum, sich in den ersten Tagen und Wochen selbständig zu Hause zu versorgen – zumal dann, wenn keine Pflegebedürftigkeit vorliegt und eine ambulante Versorgung zu Hause daher nicht erforderlich ist. Kommen diese Klient*innen nach Hause, muss eigenverantwortlich gehandelt werden: Die Anschlussversorgung liegt ganz in deren Händen. Zur ganzheitlichen Versorgung gehören die medizinische Behandlung (Hausarzt/ Hausärztin), professionelle Hilfen, aber auch die soziale Betreuung sowie kleine Hilfen im Alltag. Ist das gesamte Spektrum der Unterstützung und Hilfe nicht gegeben, kann der „Drehtüreffekt“ eintreten: Die Klient*innen werden wieder ins Krankenhaus eingeliefert.

Hier setzte „Brücke in den Alltag“ an. Erprobt wurde das **Profil eines selektiven Casemanagements auf Zeit zur Nachsorge** in einer Übergangssituation. Professionelle Lotsinnen leisten Begleitung, Beratung, praktische Unterstützung und Monitoring. Sie werden unterstützt durch qualifizierte Freiwillige als Kümmernde auf Zeit.

► **Begleitung durch Gesundheitslotsinnen erreichte Personen, die sich auszeichnen durch nicht pflegebezogene Vulnerabilität, die mehrheitlich mit einem erheblichen Entlassungsrisiko verbunden war.** Da häufig eine Einstufung zur Pflege fehlt und wenig Vertrautheit mit den Versorgungs- und Unterstützungsangeboten besteht, können sinnvolle und wirksame Unterstützungsleistungen nur

durch zugehende Vermittlung erschlossen werden, wie es bei „Brücke in den Alltag“ praktiziert wurde. Dies macht nochmals deutlich, wie wichtig es ist, Klient*innen über Schnittstellen der Versorgung mit einem zugehenden Konzept zu erreichen. In der Auswertung zeigten sich drei unterschiedliche Zielgruppen für ein Angebot wie „Brücke in den Alltag“:

1 | Alleinlebende Hochbetagte (und hier besonders Frauen), zurückgezogen lebend, mit eingeschränkten Teilhabe- und Versorgungsressourcen und altersbezogenen Einschränkungen: Die Verletzlichkeit der Klient*innen zeigte sich durch Erkrankungen und Defizite, die nicht ausgeheilt oder vollständig behoben werden können. Die psychische Verfassung nach dem Klinikaufenthalt ist die größte Herausforderung für die Klient*innen um wieder zu Hause „Fuß zu fassen“. Hier hat die Unterstützung und Begleitung der Lotsin und der bürgerschaftlichen Hilfe die größte Wirkung. Ein positiver Effekt scheint sich in der Verringerung von wiederkehrenden Klinikaufenthalten niederzuschlagen. Damit könnte durch eine solche Begleitung dem Drehtüreffekt wirksam begegnet werden.

2 | Klient*innen mit onkologischer Diagnose in Anfangsbehandlung und mit wiederholten Klinikaufenthalten.

3 | Angehörige: In der Unterstützung von pflegenden Angehörigen wurde deutlich, dass für die Belange, Anliegen und Bedarfe von Angehörigen fast keine Angebote der Beratung, Schulung und Unterstützung in Filderstadt vorhanden sind – weder in professionellen oder im bürgerschaftlichen Bereich (z. B.: Pflegebegleitung). Durch die Covid-19 Pandemie fand das Angebot „Gesprächskreis für pflegende Angehörige“ in digitalem Format statt.

► **Abmilderung des Drehtüreffekts**

Ein Treiber des Projekts waren die Daten der Filderklinik zum **Drehtüreffekt**. Es wurden dabei die Hospitalisierungshäufigkeit einer Kontrollgruppe externer Patient*innen (n1 = 40) verglichen mit einer Gruppe von Klient*innen von „Brücke in den Alltag“ (n2 = 40). Die

„Und auch das Dauerhafte, dass ich darauf zurückkommen darf – man sich wieder melden darf, das ist als kleines Backup schon gut“ (Pflegerische Angehörige)

„Zuversicht und Beruhigung“

„Der Punkt auf den ich mich verlassen kann, etwas ganz Zuverlässiges, das mich sehr beruhigt innerlich – durch verschiedene Dinge.“

Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte wurde als Marker für den Drehtüreffekt verwendet. Patient*innen mit onkologischen Diagnosen mit mehreren Krankenhausaufenthalten infolge der therapeutischen Maßnahmen wurden in beiden Gruppen nicht berücksichtigt (vgl. Anlage IV). Im Vergleich der Klinikaufenthalte zeigte sich eine leichte Verschiebung zugunsten der Untersuchungsgruppe von „Brücke in den Alltag“ mit weniger Krankenhausaufenthalten.

► **Die Wirksamkeit der Begleitung durch Gesundheitslotsinnen in der Nachsorge kann verbessert werden durch den Aufbau weiterer alltagsbezogener Unterstützungsangebote.**

Die Beendigung der Begleitung stellt die Lotsin teilweise vor Herausforderungen. Zum Beispiel, wenn der Mangel an ambulanter Versorgung im hauswirtschaftlichen Bereich deutlich wird, was meist an den eingeschränkten Kapazitäten der Pflegedienste liegt. Das Angebot eines niedrigschwelligen, anerkannten Dienstes mit „Hilfen im Alltag“ ist in Filderstadt nicht vorhanden. Klient*innen können die Leistung der Pflegeversicherung im Pflegegrad 1 (Entlastungsbetrag von 125,00 Euro im Monat) nicht einsetzen. Das Fehlen dieses Angebotes macht es u. a. schwer, die Begleitung durch die freiwilligen Lots*innen nach 6 Wochen zu beenden.

► **Unterstützung durch Gesundheitslotsinnen fördert Teilhabe im Quartier.**

„Brücke in den Alltag“ initiiert nachbarschaftliche Entwicklungen, indem die Freiwilligen wohnort-

nah tätig werden. Kontakte können – je nach Ermessen der Freiwilligen – auch nach dem „offiziellen Ende“ der Begleitung weiterbestehen. Freiwillige aus dem gleichen Stadtteil lernen sich kennen, bauen ihre nachbarschaftlichen Kontakte aus und lernen ihren Stadtteil durch die Begleitungen immer besser kennen. Die freiwillig Engagierten sind hoch motiviert und Klient*innen sowie Angehörige zufrieden und glücklich über die Begleitung der Engagierten und die Unterstützung der Lotsin. Die Klient*innen fühlen sich sicher und können zuversichtlicher in die Zukunft blicken.

► **Das Begleitungsangebot stellt einen Gewinn für alle Beteiligten dar. Es ist ein „produktives Produkt“. Das Potenzial ist noch nicht ausgeschöpft.**

Gesundheitsakteur*innen, wie der Pflegestützpunkt und das Entlassmanagement der Klinik schätzen das Angebot: Es schließt spürbar für alle Seiten eine Lücke in der Versorgung, Beratung und Begleitung von Menschen in dieser Lebenslage. Auch von der Vernetzung und der Art der Zusammenarbeit profitieren alle. Filderstädter*innen werden häufig in die Filderklinik oder in die nahegelegene Medius Klinik in Ostfildern-Ruit überwiesen. Eine Kooperation mit der Klinik Ruit ist bereits angebahnt. Hausarztpraxen werden innerhalb eines Qualitätszirkels zum Nachsorgeangebot informiert. Weitere Zuweisungen und der Ausbau der „Brücke in den Alltag“ sind somit in 2022 initiiert.

„Auch diese Wertschätzung“

„Es hat mir die Stadtverwaltung nochmals anders dargestellt“ (Pflegerische Angehörige)

„Ich musste Sie nicht bitten, Sie sind aus freien Stücken einfach mitgekommen.“

„Ein ganz anderer Ansatz, ein ganz anderes Gefühl“



Pfad 2 Verbesserung der Versorgungsqualität durch sektorenübergreifende Zusammenarbeit

Die Fragmentierung von Leistungen und Zugängen im Gesundheitswesen und in der Versorgung führt zu Mängeln und negativen Begleiterscheinungen für die Situation der Betroffenen und beeinträchtigt auch die Gesundheitsförderung von Bürger*innen. Beide Tatbestände gehören zu den aktuellen gesellschaftlichen Herausforderungen im Blick auf den sich vollziehenden demographischen Wandel. Vernetzung in Form sektorenübergreifender Zusammenarbeit gilt neben der Einführung von Casemanagement als Königsweg zu einer Versorgungsqualität, die stärker auf Patient*innen bezogen sein soll. „Um zukünftige Herausforderungen des deutschen Gesundheitssystems anzugehen und das Gesundheitssystem zukunftsorientiert weiterzuentwickeln, müssen neue Wege gefunden werden. Dabei wird die sektorenübergreifende Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen als ein wichtiger Beitrag zur Lösung der sich abzeichnenden Probleme gesehen“ (MSGI, 2018, S. 9).

Im engeren Sinn geht es um **Caremanagement durch systematische und verabredete Zusammenarbeit** von Gesundheitsakteur*innen, sei es fallbezogen oder themenbezogen. Eine Weiterentwicklung ist nur möglich, wenn es zunächst gelingt, mit Akteur*innen aus den verschiedenen Sektoren Kommunikation, Kooperation und Zusammenarbeit zu verabreden und in verlässlichen, praktikablen und akzeptierten Formen umzusetzen. Unter dem Stichwort Vernetzung werden diese Bemühungen im Fachdiskurs zusammengefasst (vgl. Sektorenübergreifende Versorgung). Der Kommune werden dabei die wichtigen Aufgaben der Vermittlung und Steuerung zugeschrieben.

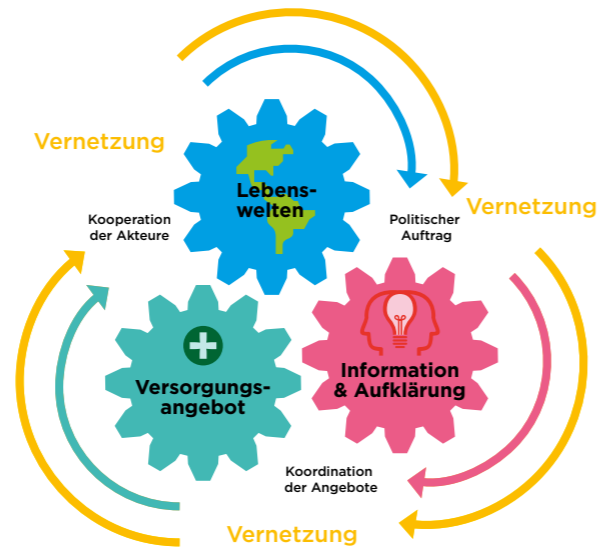


Abb. 15 | Handlungsfelder in der sektorenübergreifenden Versorgung (MSGI, 2018, S. 16)

Im Projekt „Gesundheit vor Ort“ verfolgte man das Ziel, die sektorenübergreifende Versorgung in einem ersten Schritt mit Hilfe eines Netzwerks der entscheidenden Gesundheitsakteur*innen auf den Weg zu bringen.

P 2.1 Einstieg in sektorenübergreifende Zusammenarbeit in Filderstadt im Projektzeitraum: Formate und Maßnahmen

Das Projekt setzte zunächst durch die Projektpartnerschaft mit der Filderklinik eine **exemplarische Kooperationsachse** systematischer fallbezogener Zusammenarbeit. Als weitere städtische Initiative gibt es seit 2019 die **Gesundheitskonferenz**.

Eine systematische Erkundung des Versorgungs- und Gesundheitsbereichs mit Blick auf gute Versorgung von Älteren und auf Zusammenarbeit stand aus.

Diese Informationslücke legte nahe, die Zusammenarbeit über eine umfassendere Informations- und Erkundungsstrategie zu lokalen Gesundheitsthemen anzustoßen. Dazu dienten vielfältige Maßnahmen: Stakeholdergespräche, Erhebungen, Gesundheitskonferenzen, die Initiierung von Qualitätszirkeln mit professionellen Akteur*innen sowie erste Netzwerke im Bereich Besuchsdienste und sozialraumbezogen mit Gesundheitsakteur*innen in Bonlanden.



Durch 29 leitfragengestützte **Stakeholdergespräche** mit Filderstädter Gesundheitsakteur*innen wurden die Rahmenbedingungen und Formen der Zusammenarbeit, Bereitschaften und Anliegen erkundet. Im Projektzeitraum wurden zwei Fragebogenerhebungen mit Gesundheitsakteur*innen (N=151) durchgeführt. **Fragebogen 1** erfragte 'Faktoren und Themen eines sektorenübergreifenden Netzwerkes für Filderstadt'; **Fragebogen 2** den Stand und die Bedarfe zum Thema 'Digitalisierung des Gesundheitswesens'.

Zwei **Kommunale Gesundheitskonferenzen** (KGG) unter der Leitung von Oberbürgermeister Traub und der Steuerungsgruppe des Referats für Chancengleichheit, Teilhabe und Gesundheit widmeten sich u. a. der intersektoralen Versorgung und der besonderen Verletzlichkeit hochbetagter Bürger*innen.

Als Begleitung im Projektverlauf wurden Expert*innen Filderstadts zu drei **Qualitätszirkeln** (QZ) eingeladen mit den Themen: Lücken in der Nachsorge Älterer in Filderstadt, Charakteristika einer Lotsenstelle, Zukunftsthemen von „Gesundheit vor Ort gemeinsam Gestalten“.

Es konnten exemplarisch **zwei** zielgruppenspezifische **Netzwerke** im Verlauf des Projektes angeregt werden: Aufgrund einer Recherche zu Besuchsdiensten in Filderstadt initiierte das Projekt das **Netzwerk Besuchsdienste**. Im Zuge der Quartiersarbeit in Bonlanden konnte eine **'Arbeitsgruppe Gesundes Bonlanden'** ins Leben gerufen werden.

Diese **aufwändige Erkundungs- und Erschließungsarbeit** wurde befördert durch die anderen Bausteine von „Gesundheit vor Ort“. Erfahrungen durch die Website-Abfrage (Pfad 3), die Erkenntnisse innerhalb der Nachsorge durch „Brücke in den Alltag“ und den Zuweisungskooperationen (Pfad 1) sowie die Kooperationen im Rahmen der Gesundheitsdialoge (Pfad 4) erleichterten den Kontakt zu Interessierten und wirkten vertrauensbildend. Das Ergebnis war eine grobe Ist-Analyse zur aktuellen Lage der Zusammenarbeit im Gesundheits- und Versorgungsbereich in Filderstadt. Weiterführende Zusammenarbeit entwickelte sich in der Folge mit der Filderklinik, dem Pflegestützpunkt, dem DRK Bonlanden, dem Haus Bandoon sowie der Diakoniestation auf den Fildern.

Synergieeffekte durch die Pandemie: Das Referat für Chancengleichheit, Teilhabe und Gesundheit wurde in 2021/2022 zu einer wichtigen Koordinierungsstelle für die Maßnahmen zur Bewältigung der Pandemie. Dem Referat wurde die Abfrage und Anfrage zu den Themengebieten „Testen“ und „Impfen“ bei Arztpraxen und Apotheken übertragen. Es zeigte sich, dass die Resonanz der Gesundheitsakteur*innen auf diese aktuellen Themen prompter und deutlich höher ausfiel als für Projektthemen. Die Zielgruppen wurden besser erreicht und teils gelang es, eine Teilnahme am Treffen für die Arbeitsgruppe Gesundes Bonlanden zu erwirken.

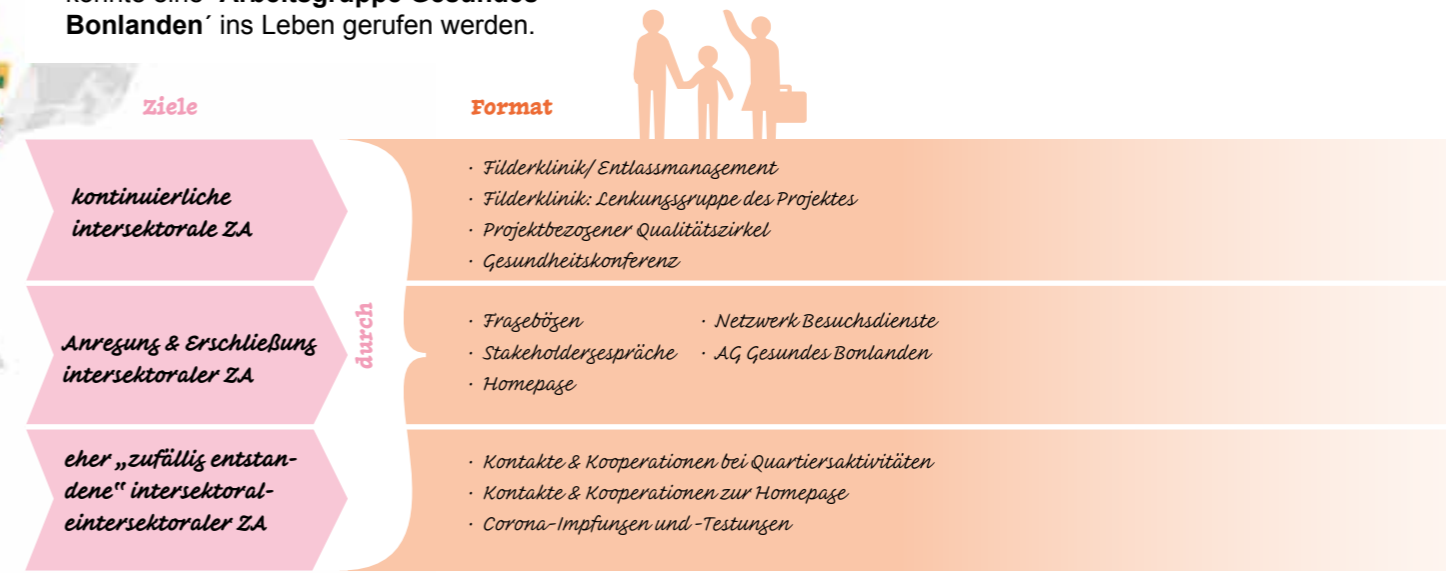


Abb. 16 | Anbahnung der intersektoralen Zusammenarbeit: Formate und Maßnahmen

P 2.2 Ergebnisse zur sektorenübergreifenden Zusammenarbeit in Filderstadt

Zum Stand der intersektoralen Zusammenarbeit

Die Kontaktversuche und –aufnahmen mit den professionellen Gesundheitsakteur*innen gestalteten sich zeitaufwändig. Ein Grund für die erschwerte Erreichbarkeit der professionellen Akteur*innen hing mit der unvollständigen digitalen Anbindung dieser Personengruppe zusammen. Ein anderer Einflussfaktor war die Corona Pandemie, die den Gesundheitssektor fast in der gesamten Laufzeit des Projektes traf.

In den Stakeholdergesprächen zeigte sich, dass Filderstadt **am Anfang intersektoraler Zusammenarbeit steht**. Verlässlich arbeitende Zusammenschlüsse der Primär-, Sekundär- und Tertiärversorgung stehen aus, die die Versorgung älterer Menschen analysieren, Bedarfe eruieren und Handlungen oder Maßnahmen ableiten. Gesundheitsförderung und Prävention sind noch nicht systematischer Bestandteil gesundheitlicher Überlegungen. Es fehlt weitgehend die leicht erreichbare Verzahnung ehrenamtlicher Angebote, Selbsthilfeinitiativen sowie Mobilitäts-, Wohn- und Pflegeangebote für Ältere. Bisher fehlte eine überdauernde Vorgehensweise für Zusammenarbeit wie beispielsweise bei der „Lokalen Allianz Demenz“.

Im Folgenden findet sich die Übersicht zum heutigen Stand, den Gunst- und Hemmfaktoren und Bereitschaften, wie sie in den Erkundungsgesprächen sichtbar wurden.

Die Zusammenarbeit wird von den Gesundheitsakteur*innen selbst unterschiedlich geschildert und skizziert. **Verbindungen zwischen Professionen folgen funktionalen Abläufen**. Es zeigten sich keine vereinbarten Kooperationen. Ein Beispiel dafür ist das Verfahren zu Verordnungen zwischen Heilmittelerbringer*innen, Sanitätshäusern oder Apotheken und Arztpraxen. Diese Einrichtungen stehen in konstantem Kontakt und erfüllen gemeinsame und unterschiedliche Zielbereiche in der Versorgung von Patient*innen.

In der Bewertung der Zusammenarbeit beschreiben manche Stakeholder die Zusammenarbeit als „sehr gut“, andere wiederum kritisieren die lückenhafte Kommunikation. Langjährige persönliche Kontakte der einzelnen Agierenden tragen zur Zusammenarbeit bei. Es gibt noch **kein gemeinsames Verständnis zu „sektorenübergreifender Zusammenarbeit“**. Verstärkend wirkt, dass Zusammenarbeit von vielen mit „Mehraufwand“ verbunden wird. Sensibilisierung für die Bedeutung und den Mehrwert sektorenübergreifender Versorgung ist noch zu leisten. Die Gesundheitskonferenz ist dafür ein geeignetes Instrument.



Durch die Erhebungen konnten die **kooperationsinteressierten Partner*innen in Filderstadt identifiziert und zwei Netzwerke initiiert werden**. Erste gemeinsame Aktionen auf dem Markt wurden durchgeführt (Gesundheitsdialoge, Pfad 4). Es zeichnen sich verbindende Themen ab wie z. B. die Telematikinfrastruktur.

Themenstellungen für sektorenübergreifende Zusammenarbeit

Die erlebten Problemlagen für die Versorgung älterer Filderstädter*innen aus Sicht der Gesundheitsakteur*innen decken sich in den meisten Bereichen mit den erlebten Bedarfen der Klient*innen.

► **Das Versorgungssystem für die Bedarfe älterer Filderstädter*innen ist geprägt durch Lücken und Mängel.**

► **Die Gesundheitsakteur*innen schilderten eine Diskrepanz zwischen der Nachfrage und verfügbaren Angeboten im therapeutischen und ärztlichen Bereich. Es fehle außerdem an niederschweligen Besuchsdiensten, hauswirtschaftlichen Hilfen und Fahrdiensten.**

Das erschwere insbesondere bei Immobilität den Zugang zu notwendigen Gesundheitsangeboten. Und in Bezug auf mobile Pflegekräfte beschreibt es ein Stakeholder folgendermaßen: „Wer diese, unsere heutige Situation als Pflegenotstand beschreibt, dem fehlen ab 2030 die Vokabeln. Dann erwartet uns ein demographischer Pflege-Tsunami. Jetzt fehlen optimistisch geschätzt ca. 50.000 bis 100.000 Pflegekräfte, 2030 sind es schon 300.000 (andere sagen 500.000). Der Kampf um die Pflegekräfte ist eröffnet.“

► **Die geringe Informiertheit von Klient*innen wurde häufig als eine Ursache für Probleme beschrieben.** Sie bezieht sich auf Fragen der Versorgungsorganisation: Wer ist in welcher Lage meine Ansprechperson? Wohin muss ich mich mit welchem Problem wenden? Woher bekomme ich die passenden Adressen? Im Versorgungsprozess wird dabei auch die fehlende Informationsweitergabe durch nicht rechtzeitig zugestellte Entlassbriefe nach einem Klinikaufenthalt genannt.

► **Zu den wahrgenommenen Mängeln und Lücken gab es vielfältige Lösungsvorschläge.**

		Datenquellen:
	Abstimmung Kompetenzen	Fragebogen 1
	Austausch zu Veränderungen der gesetzlichen Vorgaben	Stakeholdergespräche
	Versorgung vor Ort effizienter gestalten	Fragebogen 1
ZUKUNFT Themen eines sektorenübergreifenden Netzwerks	Vernetzung	Fragebogen 1
	Gesundheitskompetenz	Fragebogen 1
	Wohnen	Stakeholdergespräche
	Digitalisierung	Stakeholdergespräche Fragebogen 1 & 2
	Beratung	Fragebogen 1
	Einbezug Ehrenamt in das Versorgungskonzept	Diskutant*innen KGK
ZUKUNFT Arbeitsweise eines sektorenübergreifenden Netzwerks	man kennt sich; es gibt verabredete Kommunikationswege	Fragebogen 1
	Verbundenheit entsteht durch gemeinsame Themen	Fragebogen 1
	Abstimmungsprozesse zu Verantwortlichkeiten und Kompetenzen	Fragebogen 1
ZUKUNFT Benefits eines sektorenübergreifenden Netzwerks	Zeitersparnis im Alltag der Gesundheitsakteur*innen	Fragebogen 1
	Verbesserte Selbständigkeit Bürger*innen	Fragebogen 1
	Informationslage ist den Akteur*innen bekannt	Fragebogen 1

Abb. 17 | Einschätzungen zum Aufbau eines sektorenübergreifenden Netzwerks



Abb. 18 | Ein Thema der Zusammenarbeit in Filderstadt: Digitalisierung 23

ZUKUNFT Themen eines sektorenübergreifenden Netzwerks	Gesundheitskompetenz stärken	Datenquellen: Stakeholdergespräche
	Gesundheitsaufklärung in den Fokus rücken	KGK
	Prävention für Ältere	KGK
	Übersichtlichkeit der Angebote herstellen	Stakeholdergespräche
	Thema Einsamkeit angehen, Idee: Einsamkeitsbürgermeister	KGK
	Ausbau niederschwelliger Haushaltshilfen	Stakeholdergespräche
	Aufbau Fahrdienste bei Immobilität	Stakeholdergespräche
ZUKUNFT Arbeitsweise eines sektorenübergreifenden Netzwerkes	Fortschrittliche Ideen: Pflege-Wohnung	Stakeholdergespräche
	Gesundheitsverbund für Bonlanden	AG Gesundes Bonlanden
	Übergang Klinik – Häuslichkeit mit einer Therapipflege; flexibel von der Dauer	Stakeholdergespräche
	Ausbau Ehrenamt (s. u.) & Integration von Angeboten ins Versorgungssystem	Stakeholdergespräche
	Ausbau lokaler Versorgungsstrukturen	KGK
	Ausbau psychologischer Hilfsangebote	KGK
	Vergünstigter Wohnraum für Pflegekräfte	KGK
ZUKUNFT Benefits eines sektorenübergreifenden Netzwerkes	schafft Vertrauen & bietet Sicherheit	Stakeholdergespräche, QZ 1
	schafft Transparenz für die Klient*innen	QZ 1
	Unterstützung (pflegender) Angehöriger	Stakeholdergespräche, QZ 1
	Begleitung zu wichtigen Terminen	Stakeholdergespräche, QZ 1
	Benefits: niederschwelliges Angebot, vermittelt und schlägt eine Brücke zu weiteren Angeboten; zeitliche Entlastung anderer Akteur*innen	Stakeholdergespräche, QZ 1
	Arbeitsweisen: zugehend, einschätzend, frühzeitig, Notlage vermeidend, informierend (auch kollegial) bietet Sicherheit, empowernd, dialogisch, intermediär, vermittelnd, beratend	Stakeholdergespräche, QZ 1
	= Bindeglied zwischen den Akteur*innen und Türöffner zu anderen Angeboten	QZ 1
Personalbeschreibung: qualifiziert, neutral und informiert zu den Angeboten vor Ort	QZ 1	

Abb. 20 | Handlungsvorschläge zu Zielgruppen und Infrastruktur

► **Auf die Lebenswelt Älterer bezogen wurden Prävention, Gesundheitsaufklärung und Gesundheitskompetenz genannt. Der Aufbau niederschwelliger hauswirtschaftlicher Hilfen und Fahrdienste wurde außerdem als besonders wichtig erachtet.** Als Übergang nach einem Klinikaufenthalt wurden die Konzepte 'Pflege-Wohnung' und 'Kurzzeitpflege mit Therapieangebot' angeregt. Um den wachsenden Bedarf zu stemmen, wurde auf den Ausbau des **bürger-schaftlichen Engagements** gesetzt.

► **Bürgerschaftliches Engagement wird als fester Bestandteil von „Gut versorgt in Filderstadt“** wahrgenommen. „Brücke in den Alltag“ durch Aufbau von Entlass- und Casemanagement wird als Lösungsansatz bereits anerkannt und kann als Mandat für die Aufrechterhaltung dieses Angebots betrachtet werden.

► **Es fällt auf, dass „Zusammenarbeit“ oder „bessere Zusammenarbeit“ im Kontext einer Versorgung vor Ort als Lösungsansatz nicht genannt wurden.** Der Zusammenarbeit wird vermutlich aktuell noch kein großer Stellenwert und Einfluss auf die Versorgungsqualität beigemessen.

P 2.3 Entwicklungsperspektiven sektorenübergreifender Zusammenarbeit

„Gesundheit vor Ort gemeinsam Gestalten“ hat als Beitrag zur sektorenübergreifenden Zusammenarbeit in Filderstadt eine gesundheitsplanerische Recherche unter Beteiligung der wich-

tigsten professionellen Gesundheitsakteur*innen durchgeführt. Erste Kooperationen wurden verabredet. Die Weiterentwicklung der sektorenübergreifenden Versorgung ist auf Resonanz gestoßen. Gunst- und Hemmfaktoren sind deutlich geworden. Daraus ergeben sich praktische Entwicklungsperspektiven.

- **Sensibilisierung** für die Begrifflichkeit „sektorenübergreifend“
- **Erläuterung der Aufgabe der Kommune** – warum braucht es dazu die Stadt?
- Es braucht einen **klaren Auftrag von politischer Seite**, damit Zusammenarbeit verbindlicher werden kann
- **Fortführung Netzwerk Besuchsdienste** mit dem Ziel regelmäßiger Besuchsdienste für ältere Menschen und somit einem **Entgegenwirken der Einsamkeitsgefühle** durch die dafür zuständige Abteilung in der Stadtverwaltung
- **Ausgestaltung der AG Gesundes Bonlanden** mit dem Gesundheitsverbund im Rahmen des Schwerpunktes „Gesundheitsquartier Bonlanden“
- **Neue Kooperationsachse** mit dem Entlassmanagement der Klinik in Ruit zur Ausweitung von „Brücke in den Alltag“
- **Weitere Kontakte zu Gesundheitsakteur*innen knüpfen und vertiefen:** Verbindung zu Qualitätszirkeln von Hausärzt*innen.
- **In den bestehenden Gruppen eine aktive, gestalterische Rolle einnehmen** und Kooperationsbereitschaft und Innovation „leben“:
*AG Gesundheit und Pflege
 Runder Tisch Beratung
 Treffpunkt Gesundheit
 Filderklinik: Projekt zu Bewegungsschwerpunkt in Bonlanden;
 Geriatriischer Qualitätszirkel für Hausärzt*innen*
- **Den Verteiler zur Homepage „Gut versorgt“ nutzen** für weitere Aktivierung des Gesundheitsthemas.

Abb. 21 | Schritte in der weiteren Zusammenarbeit

Für eine Zusammenarbeit sind gemeinsame Themen ein Gunstfaktor. Dies zeigte sich beim Netzwerk Besuchsdienste, in der AG Gesundes Bonlanden und bei den Aktivitäten zu Testen & Corona. Verbindende Themen wie „Digitalisierung“ haben sich herauskristallisiert. Aus Sicht des Referates können Pandemiekontakte verstetigt werden.

Die Themen Alterssimulationsanzug, Vorsorgende Papiere und Digitalisierung werden im Sinne der Gesundheitskompetenz aufgearbeitet und in Aktivitäten umgesetzt. Für den Ausbau der „Brücke in den Alltag“ wird das Referat mit dem Amt für Familie, Schulen und Vereine sowie dem SuseMobil in Bezug auf einen möglichen Ausbau der Fahrdienste in Kontakt treten.



Abb. 22 | Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich

Im bisherigen Projektverlauf ist deutlich geworden: Sektorenübergreifende Zusammenarbeit und Versorgung stoßen an strukturelle Grenzen und Pfadabhängigkeiten. Sie können weder mit schnellen oder kurzfristigen Lösungen angegangen werden, noch sind sie ausschließlich auf kommunaler Ebene zu verhandeln. Vor Ort benötigen sie kontinuierliche und verbindliche gemeinsame Anstrengungen der wichtigsten Stakeholder. Durch Vermittlung, Koordination und gemeinwohlorientierte Impulse auf der Grundlage der Verantwortung für Daseinsfürsorge kann die kommunale Verwaltung für den notwendigen Kooperations- und Gestaltungsrahmen sorgen.

Hemmfaktoren für Zusammenarbeit in Filderstadt

Fehlende flexible Governanceformen und Plattformen.

Die Pandemie erschwerte ein häufigeres Zusammenkommen z. B. im Rahmen der Gesundheitskonferenz.

Fehlende finanzielle Anreize zur Kooperation (MSGI, 2018, S. 27).

*„versäulte“ Mindsets in den Köpfen der Akteur*innen; professionelle Logiken.*

*Geringe Bereitschaft zu Innovation bei professionellen Gesundheitsakteur*innen.*

Unterschiedliche Vorstellungen von „guter Zusammenarbeit“/ „sektorenübergreifender Zusammenarbeit“.

Abb. 23 | Hemmfaktoren

Pfad 3 Verbesserung der Versorgungsqualität durch Information: Die Informationsplattform www.gut-versorgt-in-filderstadt.de

Eine Website für Filderstadt, die einfach und schnell zu Gesundheit und Versorgung vor Ort informiert.

In den Handlungsempfehlungen Sektorenübergreifende Versorgung in Baden-Württemberg (MSGI, 2018) stellt zielgruppen- und krankheitsspezifische Information und Aufklärung eine eigenständige Strategie dar.

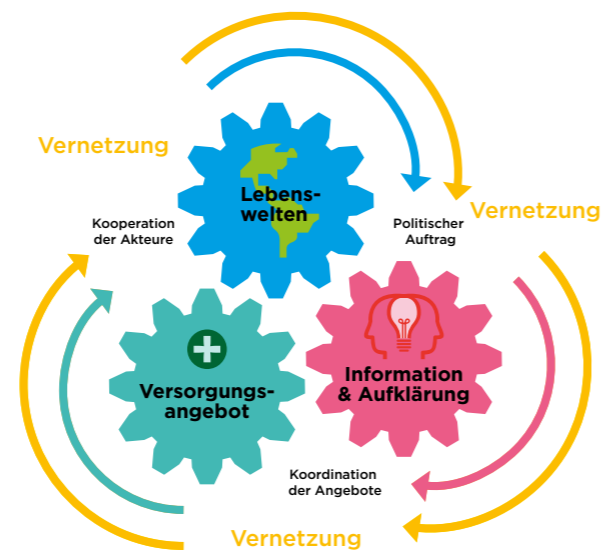


Abb. 24 | Die 4 Bausteine des sektorenübergreifenden Versorgungskonzeptes (MSGI, 2018, S. 16).



Abb. 25 | Die Website www.gut-versorgt-in-filderstadt.de

P 3.1 Zur Informationslage in Filderstadt

Menschen in Situationen mit Versorgungsfragen benötigen breite und leicht zugängliche Orientierung zu Angeboten und Versorgungsmöglichkeiten. Nur wer informiert ist, kann Alternativen abwägen und tragfähige Entscheidungen für sich und seine Angehörigen treffen. Das Wissen um verschiedene Angebote stellt einen Schlüssel dar, um Gesundheitsdienstleistungen kennenzulernen und zu erschließen. Informiertheit trägt so zur individuellen Gesundheit bei.

In Filderstadt gibt es bisher einen Ratgeber „Älter werden in Filderstadt: Hilfe und Pflege“ (Stadt Filderstadt, Amt 40) in Papierform. Die Dienstleister*innen und Organisationen sind mehrheitlich mit eigenen Websites im Internet vertreten. Lediglich der Ratgeber beinhaltet eine übersichtliche Darstellung und wird alle zwei Jahre aktualisiert.

Mit der Website gibt es jetzt erstmals ein digitales Instrument. In der Übersicht der Angebote in Filderstadt werden die Anbieter*innen gelistet. Die/ Der Nutzer*in wird direkt weitergeleitet auf die entsprechende Website. Mit dieser attraktiven und einfachen Informationsplattform samt Datenbank zu Versorgungs- und Unterstützungsangeboten für Nutzer*innen und professionelle Stakeholder konnte die Informationsinfrastruktur für Filderstadt entscheidend aktualisiert und zukunftsfähig gemacht werden.

P 3.2 Aufbau und Implementierung der Informationsplattform

Für die Informationsplattform konnten 414 Angebote für Filderstadt recherchiert werden. Mit Stand Dezember 2021 befinden sich 368 Angebote von Kooperationspartner*innen in und um Filderstadt auf der Website. Knapp 80 % der angefragten Institutionen gaben ihre Zustimmung zur Nennung. www.gut-versorgt-in-filderstadt.de listet sowohl Angebote der ambulanten Versorgung, der stationären Versorgung als auch Rehabilitationseinrichtungen. Neben den Gesundheitsdienstleister*innen sind ebenso Vereine, die vhs und fbs gelistet, welche gesundheitsfördernde und gesundheitspräventive Angebote vertreten.

Mit Hilfe externer Dienstleister*innen wurde eine Website erstellt, die die Kategorien und einzelnen Angebote mit Adresse und Kontaktmöglichkeit übersichtlich darstellt. Dazu gehören: Ansprechperson, Adresse, E-Mail, Website und Bemerkungen zum Angebot. Wegweisend bei der Auswahl von Design, Layout und Text waren dabei eine einfache Handhabung, Verständlichkeit, Barrierearmut und Übersichtlichkeit. Es zeigt sich ein breites Angebot in den Bereichen Gesundheit, Versorgung und Pflege in Filderstadt. Der Schwerpunkt der recherchierten Angebote war an den Bedarfen älterer Menschen ausgerichtet.

Zur Gliederung der Website

Die Website www.gut-versorgt-in-filderstadt.de ist eine digitale Übersicht. Durch die Sortierung in verschiedene Bereiche bietet sie den Nutzer*innen die Möglichkeit, nach den individuellen Anliegen zu suchen. Beispielsweise kann schnell eine Übersicht zu Kurzzeitpflegeplätzen erfolgen, anstatt die einzelnen Anbieter*innen auf diesem Gebiet zu durchsuchen. Die **Übersichtskarte** auf der Website bietet ferner die Möglichkeit, sozialraumbezogen und wohnortnah Angebote aufzufinden. Mit Eingabe der eigenen Adresse werden somit die Ansprechpersonen im Wohnumfeld angezeigt. Neben der Suche über die Kategorie/ den Bereich und Suche mittels Übersichtskarte gibt es eine dritte Option: Die Suche über **Schlagworte**.

Am 18. Juni 2021 ging die Website www.gut-versorgt-in-filderstadt.de online. Die Website listet die Angebote in Filderstadt nach Bereichen.

Ein Erklärvideo auf der Startseite zur Handhabung und den Suchoptionen der Website veranschaulicht dies und bietet eine Anleitung für die Nutzer*innen. Die Website richtet sich an **Angehörige als betroffene Bürger*innen und an professionelle Gesundheitsakteur*innen**.

Gunst- und Hemmfaktoren bei der Einrichtung der digitalen Informationsplattform

Der Prozess der Kontaktaufnahme mit den Anbieter*innen und die Abfrage zur Zustimmung erstreckte sich über einen Zeitraum von vier Monaten.

Gunstfaktoren für eine Beteiligung

Um eine solche Informationsplattform mit Anbieter*innen zu entwickeln, ist eine systematische begleitende Informations- und Kommunikationsstrategie unverzichtbar. Als wirksam haben sich folgende Ansätze erwiesen:

Persönliche Kontaktaufnahme und aufsuchendes Verhalten:

Im Zustimmungsprozess zur Website wurden zusätzlich aufsuchende Telefonate durchgeführt. Die Telefonate ergaben, dass diese Kooperationspartner*innen entweder die E-Mail mit der Anfrage nicht zuordnen konnten, sie als „Fake-Nachricht“ verbuchten oder das Anliegen nicht verstanden.



Abb. 26 | Alles im Überblick

Öffentlichkeitsarbeit: folgende Instrumente der Öffentlichkeitsarbeit bewirkten eine Zunahme der Userzahlen: Flyer in die Haushalte, **Amtsblattartikel, Zeitungsartikel, Banner im Stadtteil, Newsletter** an die Kooperationspartner*innen.

Aufnahme eines aktuellen, gesellschaftlich relevanten Themas:

Durch die Aufnahme der Test- und Impfangebote in die Website seit 6. Dezember 2021 war eine stetige Zunahme der Userzahlen zu verzeichnen. Die Höhe der Userzahlen ist seither nicht abgeflaut.

Newsletter - E-Mail-Kontakt:

Kooperationspartner*innen wurden zu allen Neuerungen (z. B. Veröffentlichung eines Banners, Corona-Impfangebote) durch einen Newsletter via E-Mail informiert. Beide Newsletter sorgten in der Folge für eine Zunahme der User- und Klickzahlen.

Gebührenfreiheit:

Dass die Website für die Kooperationspartner*innen kostenlos ist, hat dazu beigetragen, dass die Zustimmungquote mit ca. 80 % ausfiel und bildet einen Erfolgsfaktor/ ein Unterscheidungsmerkmal zu anderen Websiteanbieter*innen. Für die Stadtverwaltung als Initiatorin wirkt sie als vertrauensbildende Maßnahme.

Hemmfaktoren für eine Beteiligung

Im Anfrage- und Zustimmungsprozess zeigten sich typische Barrieren bei Gruppen von Anbieter*innen.

Mangelnde digitale Erreichbarkeit in den Berufsgruppen Medizin & Therapie:

Die digitale Erreichbarkeit der medizinischen Berufe hat sich mangels Internetauftritt oder sogar fehlender E-Mailadresse als lückenhaft herausgestellt. Im Vergleich zu zivilgesellschaftlichen Initiativen, Vereinen oder Kirchengemeinden scheint bei dieser Berufsgruppe bisher das Interesse an einer übergreifenden digitalen kommunalen Informationsplattform begrenzt zu sein.

Mangel an weiteren verfügbaren Kapazitäten durch Auslastung des Angebots:

In Rückmeldungen wurde durch Internetpräsenz ein Zulauf befürchtet, der nicht zu bewältigen sei.

Annahmen über Folgeverpflichtungen:

Im Anfrage- und Zustimmungsprozess zögerten einzelne Kooperationspartner*innen mit ihrer Zusage aus Angst vor entstehenden Kosten.

P 3.3 Perspektiven für die Ausgestaltung und Weiterentwicklung von www.gut-versorgt-in-filderstadt.de

Die Informationsplattform lebt von verlässlicher Aktualisierung, systematischer Kommunikation mit neuen Nutzer*innengruppen und interaktiven Möglichkeiten. Bei der Weiterführung der Website ist ein **Newsletter** in 3-4 monatigen Abständen sinnvoll. Ein Fokus mit einem **aktuellen Thema hat sich bewährt**. Da im Moment keine sichere Prognose bzgl. des weiteren Verlaufs der Pandemie möglich ist, sollte die Aktualisierung der Corona-Informationen auf www.gut-versorgt-in-filderstadt.de dringend fortgeführt werden.

Der Verteiler der Kooperationspartner*innen

umfasst Filderstädter Akteur*innen aus verschiedenen Bereichen und Sektoren und bietet sich somit für weitere Abfragen an. Die Website kann **thematisch erweitert** und **interaktiver** gestaltet werden. Der Bereich **Gesundheitskompetenz** bietet sich an.

Banner sind öffentlichkeitswirksame Medien in der Quartiersarbeit. Deshalb sollten sie - verknüpft mit einer Neuerung auf der Website - erneut in den Stadtteilen aufgestellt werden. Eine Möglichkeit bietet die europäische Mobilitätswoche.



Abb. 27 | Banner im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit

Eine **Abfrage zur Benutzerfreundlichkeit** der Website kann über das Amtsblatt (Zielgruppe Nutzer*innen) und über den Newsletter (Zielgruppe Gesundheitsakteur*innen) erfolgen. Die kontinuierliche **Recherche der ortsansässigen Zeitschriften** bezogen auf neue Angebote und Änderungen bestehender Angebote sichert die Aktualität.

Mit der Homepage www.gut-versorgt-in-filderstadt.de konnte Filderstadt eine bürgernahe Informationsinfrastruktur realisieren, die einen echten Impact für alle bringt, die im Pflege- und Versorgungsbereich unterwegs sind. Das Potenzial zur Verbesserung der Organisation von Pflege und Versorgung einerseits, sowie als Instrument von Vernetzung und Zusammenarbeit im Gesundheits- und Pflegebereich andererseits, ist noch nicht ausgeschöpft.

Die Homepage bietet eine nützliche, anschlussfähige und glaubwürdige Basis für Verbesserungen, die sich auf Bündelung und Kooperation stützen. Dadurch wird Zutrauen und Akzeptanz gegenüber dem neuartigen Ansatz sektorenübergreifender Zusammenarbeit gestärkt. Das ist entscheidend für den Einstieg in diese für Filderstadt innovative Steuerungsform. Die Preisverleihung des B 52-Förderpreis „Gesunde Kommune“ für die Homepage durch die B 52-Verbändekooperation Baden-Württemberg hat die Zukunftsfähigkeit dieses Produkts hervorragend zum Ausdruck gebracht.

Pfad 4 Verbesserung der Versorgungsqualität durch Angebote der Gesundheitsförderung: Die Gesundheitsdialoge

P 4.1 Gesundheitsförderung in Filderstadt

Die Stadtverwaltung Filderstadt hat seit 2019 das Thema „Gesundheit“ als kommunale Aufgabe mit auf ihre Agenda gesetzt. Die Recherche ergab, dass Prävention und Gesundheitsförderung als Teil der Primärversorgung von Filderstadt im Vergleich zu Kuration und Rehabilitation eher eine untergeordnete Rolle im Versorgungssystem spielen. Gesundheitsförderung im Erwachsenenalter wird vertreten durch Präventions-, Sport- und Rehabilitationsangebote der Sportvereine und Kirchengemeinden. Auch die Volkshochschule (vhs) bietet sowohl Sport als auch Entspannung in ihrem Programm an. In der Rubrik „Treffpunkt Gesundheit“ organisiert sie ferner Veranstaltungen zu verschiedenen Gesundheitsthemen mit Referent*innen aus der Region. Der Quartiersladen in Sielmingen bietet eher niederschwellig Beratungsangebote an.

Charakteristisch für die recherchierten Angebote ist die **Komm-Struktur** als gängige Arbeitsweise. Interessierte Personen müssen sich anmelden, anrufen oder die Beratungsstelle aufsuchen.

Gesundheitsförderung ist somit nur zugänglich für Personen, die sich aktiv mit einem Thema beschäftigen und sich überwinden, Termine dazu zu vereinbaren und daran teilzunehmen. In der Pandemie erhöhte sich die Schwelle zur Kontakt- und Inanspruchnahme solcher Angebote deutlich.

Im Projekt „Gesundheit vor Ort gemeinsam Gestalten“ sollten Pilotaktivitäten entwickelt werden, die a) den herkömmlichen Veranstaltungs- und Angebotscharakter mit Komm-Strukturen überwinden können, b) stärker auf den jeweiligen Sozialraum und die dortigen Akteur*innen bezogen sind und c) Synergien schaffen für sektorenübergreifende Zusammenarbeit. Aus diesen Überlegungen wurden sogenannte Gesundheitsdialoge konzipiert. Sie zielen auf Gesundheitsförderung im Quartier in Zusammenarbeit mit lokalen Akteur*innen.

Damit rückt Beteiligung von Bürgerinnen und Bürgern über die Mitbestimmung und Mitgestaltung der Lebenswelten in den Mittelpunkt. Beteiligung sollte über und mit **Zugeh-Strukturen** und durch Einbettung in **bestehende Strukturen** erreicht werden. Dieser **sozialräumliche Settingansatz** folgt den

Prämissen der Neuausrichtung im Gesundheitswesen, wie sie die Robert-Bosch-Stiftung seit längerem verfolgt. Gefordert wird, dass eine Neuausrichtung „bei den Menschen ansetzt, bei ihrer Gesundheit und dort, wo sie leben“ (2021, S. 6) – also im Quartier.

P 4.2 Gesundheitsdialoge:

Ziele, Formate, Ergebnisse

Gesundheitsdialoge sind stadtteilbezogene Initiativen der Information, Aufklärung und Gesundheitsförderung für Filderstädter Bürger*innen. Sie erleichtern die Orientierung in der lokalen Versorgungslandschaft, sollen Barrieren der Nutzung abbauen und Informationen zu Bedarfen ermöglichen. Bürger*innen, Klient*innen und Angehörige werden zu informierten und individuellen Entscheidungen angeleitet rund um Versorgungsmöglichkeiten vor Ort und allen Möglichkeiten der sozialen Teilhabe in der Erkrankungssituation. Sie sollen zur Verbesserung der **Gesundheitskompetenz beitragen**.

Die Gesundheitsdialoge im öffentlichen Raum wurden ergänzt durch Informationsveranstaltungen mit Vortrag und Gesprächen. Gesundheitsdialoge waren auf Beteiligung ausgerichtet und wurden kooperativ mit lokalen Partnerorganisationen durchgeführt. Die Lotsenstelle organisierte diese Aktivitäten im Sozialraum Bonlanden, eng verknüpft mit der Quartiers- und Inklusionsbeauftragten aus dem Referat. Die Gesundheitsdialoge können als eine thematische Form aktivierender Befragungen verstanden werden. Mit unterschiedlichen Formaten richteten sie sich an relevante Zielgruppen des Projekts: an Bürger*innen, Fachexpert*innen, bürgerschaftlich Engagierte und Kooperationspartner*innen. Mit den unterschiedlichen Formaten der Gesundheitsdialoge wurden vier Ziele verfolgt.

- Aufmerksamkeit für das Thema und eine positive Ansprache erreichen durch kleine praktische Anregungen nach dem Motto „DU sollst wissen, was WIR für DICH machen können“.
- Beteiligung von Bürger*innen durch Erkunden von Perspektiven und Sichtweisen nach dem Motto „WIR wollen wissen was DU denkst“.
- Mitwirkung anregen durch quartiersbezogene Mitmachangebote nach dem Motto „DU kannst mitgestalten“.
- Vertrauen zur Stadtverwaltung aufbauen, indem eine hörende Verwaltung erlebt werden kann, die sichtbar wird nach dem Motto „WIR wollen zeigen, dass es UNS gibt“.

Gesundheitsdialoge wurden umgesetzt in Form regelmäßiger Nachbarschaftsgespräche auf dem Markt in Bonlanden. Bürger*innen wurde praktisches Wissen (bspw. zur „Website“ oder „Rettung aus der Dose“) vermittelt. Dadurch konnten Verständnis, Beurteilung und Anwendung im Alltag unterstützt werden.

Mit **Fachexpert*innen** wurden gesundheitsbezogene **Stakeholdergespräche** geführt. Die **Mittwochsgespräche** sind ein **hybrides Vortragsformat für bürgerschaftlich Engagierte** und Interessierte aus der Bürgerschaft. Im Gegensatz zu anderen Gesundheitsvorträgen wurde der Austausch der Teilnehmenden im Anschluss forciert und die Vorträge online zur Verfügung gestellt.

Mit den Gesundheitsdialogen im Stadtteil Bonlanden wurde ein neues Format für Filderstadt erprobt. Bürger*innen konnten sich zum Aufgabengebiet des Pflegestützpunktes, zum Nachsorgeangebot „Brücke in den Alltag“, zu „Rettung aus der Dose“ und zur Website wohnortnah informieren, Fragen stellen und teils beraten werden. Die Gesundheitsdialoge haben den Einstieg in die Quartiersarbeit in Bonlanden durch einen thematischen Zugang initiiert und erleichtert. Es wurden Kooperationsanlässe geschaffen, die von verschiedenen Stakeholdern im Sinne der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit genutzt wurden. Der Verlauf des Projektes und die pandemische Situation erlaubten allerdings nur begrenzte Beteiligung. Insbesondere Gruppenformate für Austausch, Konzeption und Diskussion wie Planungswerkstatt, Bürgerforum oder Open Space waren nicht möglich.

Gesundheitsdialoge haben in mehreren Aspekten zur Qualitätsentwicklung im Gesundheits- und Versorgungsbereich beigetragen:

► **Das Kontakt- und Kooperationsnetz ist durch Vielfalt an Formaten gewachsen**
Bei den Nachbarschaftsgesprächen mit **Bürger*innen** konnten insgesamt **200 Gespräche** geführt werden. Neben den Informationen zum gewählten Thema wurden darüber hinaus die Leitfragen zu verschiedenen Gesundheitsthemen erfragt.

Die 29 **Stakeholdergespräche** erschlossen Kooperationsbereitschaften um die „Willigen“ und „Interessierten“ hierfür zu finden und zu gewinnen. Darunter fallen 7 Gespräche mit Akteur*innen aus dem Gesundheitsbereich. Es konnten neue **Kooperationspartner*innen** für das Referat gewonnen und bereits bestehende Verbindungen verstärkt werden (Filderklinik, Diakoniestation, Pflegestützpunkt, DRK Bonlanden und Diakonie- und Krankenpflegeverein Bonlanden). Durch das kooperative Vorgehen konnten mehr Menschen erreicht werden. Es ist Interesse an weiteren gemeinsamen Aktionen entstanden. Mit 4 dieser Akteur*innen konnte die Zusammenarbeit in der Arbeitsgruppe „Gesundes Bonlanden“ verabredet und ausgebaut werden. Ein Apotheker vor Ort erklärte sich bereit, die Öffentlichkeitsarbeit des Referats durch die Bereitstellung eines Schaufensters zu unterstützen. Eine Hausärztin nahm als Diskussteilnehmerin an der Gesundheitskonferenz teil und bot zusammen mit ihrem Team eine Impfkation für pädagogische Fachkräfte an. Dies kann als ein erfolgreicher Test zur **Verknüpfung von Versorgungsstrukturen** gewertet werden.



Abb. 28 | Gesundheitsdialoge in Kooperation

► **Handlungsbedarfe im Quartier manifestieren sich**

Spezifische Entwicklungsbedarfe in Bonlanden zeigten sich in den Stakeholdergesprächen: In der Arbeitsgruppe Bonlanden wurde die Versorgung durch die Allgemeinmedizin als gut bewertet, Facharztpraxen hingegen fehlen. Neben einer Pflegeeinrichtung für Ältere kann man sich Präventionsangebote mit dem Fildorado und dem Schwäbischen Albverein, Spaziertouren in und um Bonlanden, Begegnungsorte für Menschen mit Behinderung und der Ausbau von Betreuungsangeboten für Menschen mit Behinderung und Ältere vorstellen. Es entstand die Idee eines „Gesundheitsverbundes“ als Kooperationsplattform lokaler Gesundheitsakteur*innen. Es wurden auch Barrieren im öffentlichen Raum benannt (versperrte Gehwege; schlecht zugängliche Sitzgelegenheiten).

► **Die Bedeutung verlässlicher Unterstützung in Familie und Nachbarschaft und stille, unerkannte Versorgungsdefizite von betroffenen Älteren** kamen in den Markteinsätzen zur Sprache. Nach wie vor stellt die Erschließung

von Angeboten eine Herausforderung dar: wie finden Menschen Zugang zu verschiedenen Informationen und wie können sie erreicht werden?

► **Kreativer Kontakt und Formen der Ansprache wurden entwickelt und erprobt**

In den Mittwochsgesprächen ging es um die besonderen Lebenslagen älterer Menschen und deren emotionale Bedürfnisse. Die Mittwochsgespräche sensibilisierten für die eigene und für die Situation anderer. Dadurch kann Teilhabe erlebt werden und das Verständnis füreinander wachsen.

Für die bürgerschaftlich Engagierten konnte mit den Mittwochsgesprächen ein an die Pandemie angepasstes Format geschaffen werden (Aufzeichnung und anschließende Onlineveröffentlichung). Damit wurde für „Gesundheit vor Ort“ ein Format gewählt, das der pandemischen Situation und dem Zeitalter der Digitalisierung Rechnung trägt. Das Format (offene, hybride Veranstaltung mit Präsenz und digitalem Angebot) erlaubte eine Kombination der Teilnehmenden aus bürgerschaftlich Engagierten und interessierten Bürger*innen.

1. *Integration in bestehende Strukturen*
2. *Sozialraumorientierung, Präsenz im öffentlichen Raum*
3. *zugehend*
4. *Bündelung der Ressourcen - Zusammenführung mit Quartiers- und Inklusionsarbeit*
5. *Kooperation: „Gesundheit vor Ort gemeinsam Gestalten“ mit starken Partner*innen*
6. *Ein Gesundheitsthema mitbringen*
7. *digitale Angebote*

Abb. 30 | Gunstfaktoren für Gesundheitsdialoge

Beide Zielgruppen konnten darüber hinaus auch online von dem Angebot profitieren. Beide Zielgruppen konnten darüber hinaus auch online von dem Angebot profitieren.

Der Fachdialog in Form einer Fokusgruppe/ AG Gesundes Bonlanden führte Interessierte aus Bonlanden zusammen, die in die Gestaltung der Gesundheitsversorgung vor Ort einsteigen möchten.

► **Die Sensibilität für Gesundheit und Daseinsfürsorge als kommunales Anliegen wächst**

In den Gesundheitsdialogen – den Bürger*innendialogen – wurde deutlich, dass man im Alter Unterstützung benötigt – sei es von der Familie, der Nachbarschaft oder anderen Partner*innen. Gerade Bürger*innen nehmen in ihrem Umfeld wahr, wenn Versorgungslücken bestehen. Barrieren im Stadtleben wurden benannt, die abnehmende Mobilität im Alter von den Bürger*innen thematisiert. Es gab Vorschläge wie Abschrägung von Gehwegen und die Ausweitung von Sitzgelegenheiten. „Brücke in den Alltag“ stieß auf großes Interesse. Das Begleitungsangebot schließt aus Sicht der Befragten eine Versorgungslücke.

► **„Verwaltung kümmert sich ...“**

Sichtbarer und glaubwürdiger Bezug zum Thema Gesundheit gemeinsam gestalten. Das Referat und die Lotsenstelle konnten vor allem im Stadtteil Bonlanden durch die Aktivitäten im öffentlichen Raum auf sich aufmerksam machen. Referatsmitarbeiterinnen sind mittlerweile sowohl bei Bürger*innen als auch Stakeholdern persönlich bekannt und konnten Vertrauen für die Zusammenarbeit aufbauen.

Zu den Gunstfaktoren

Trotz coronabedingter Begrenzungen in Kontakt und Beteiligung ist eine erstaunliche Resonanz gelungen. Dazu tragen besonders Faktoren bei, die mit der gewählten Arbeitsweise und Ausgestaltung von Kontakt und Beteiligung zu tun haben.

Die unterschiedlichen Formate der Gesundheitsdialoge waren wirksam, weil sie mit bestehenden städtischen Strukturen verknüpft waren und im Sozialraum stattfanden.

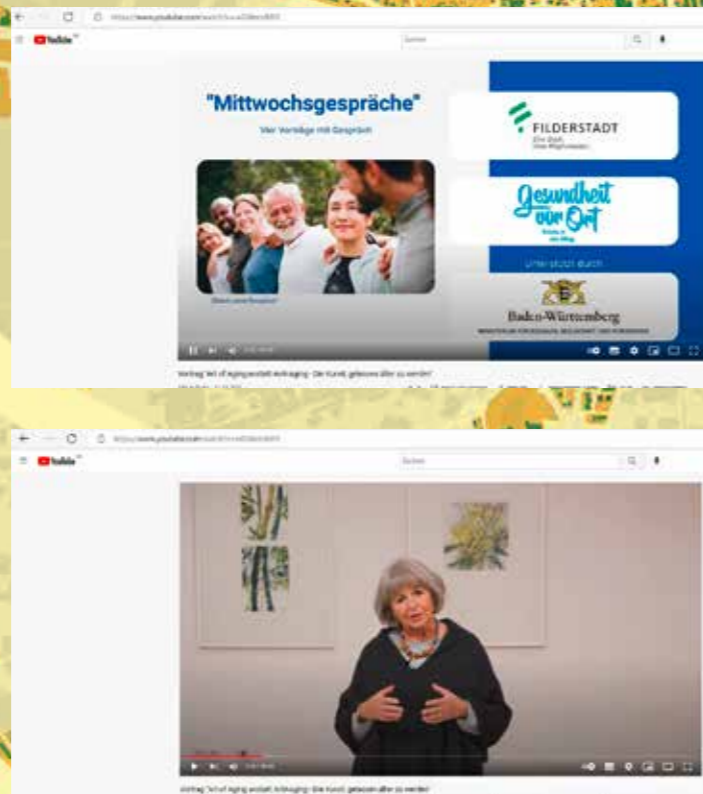
Die zugehende, öffentliche Kontaktaufnahme und Präsenz schaffen Nähe. Man trifft die Menschen eines Stadtteils am besten bei den Aktivitäten vor Ort, in die sie bereits eingebunden sind oder die sie längst nutzen. Der Sozialraum bietet konkrete Anlässe, über Gesundheitsthemen und Gesundheitsversorgung vor Ort in Dialog zu treten und Handlungsperspektiven zu eröffnen.

Die personelle Bündelung und thematische Verknüpfung mit der Quartiersarbeit und der Inklusion schafften Synergien, wie sie von Public Health Ansätzen gefordert werden: Wirksame Gesundheitsförderung muss da ansetzen, wo Menschen leben, an der Nachbarschaft, im Quartier und bei den Gesundheitsangeboten vor Ort. Es geht um eine inklusive Ausrichtung durch „Teilhabe aller“.

Das gemeinsame Auftreten mit bekannten Gesundheitsakteur*innen aus dem Stadtteil fördert die Bereitschaft zur Beteiligung und unterstützt das Bekanntwerden des Referats und seiner Themen.



Abb. 29 | Mittwochsgespräche



Kooperationsgelegenheiten mit starken Partner*innen vor Ort festigen die oft umständlich angebaute Zusammenarbeit mit diesen Partner*innen durch gemeinsamen Tätigkeiten. Intersektorale Zusammenarbeit kann sich so schrittweise entwickeln (Beispiel der AG „Gesundes Bonlanden“).

Das **gewählte Gesundheitsthema** wirkte als „Türöffner“ im Kontakt. Es konnten zudem Gesundheitsinformationen zu einem Versorgungsthema vor Ort vermittelt werden.

Die **digitale Bereitstellung der Mittwochs-gespräche** erzielte eine größere Reichweite. Dabei sind die auftretenden Kosten mit dem Nutzen abzuwägen bzw. gezielt für das jeweilige Thema zu überlegen.

Zu den Hemmfaktoren

Exklusive Zeitfenster von Aktionen: Uhrzeit (vormittags) und Wochentag (Donnerstag) des Nachbarschaftsgesprächs auf dem Markt grenzen in Vollzeit Berufstätige, Kinder und Jugendliche aus. Dieser Kontrast wurde im Vergleich mit dem Gesundheitsdialog beim S-Bahn-Fest in Bernhausen an einem Sonntag deutlich. In den Bürger*innendialogen auf dem Fest konnte selbst mit Kindern über „Gesundheit“ und „Inklusion“ gesprochen werden und die Website wurde aufgrund der jüngeren Festbesuchenden positiv bewertet.

Die Personengruppe der Hochbetagten konnte in keinem Format erreicht werden.

Anmeldung als Hemmschwelle: Aktivitäten und Angebote mit Anmeldung stießen auf weniger Resonanz.

Hoher Zeitaufwand für zugehende Kontakte mit Fachexpert*innen im Bereich Gesundheit und Versorgung.

P 4.3 Perspektiven für die Weiterentwicklung von Gesundheitsdialogen

Die **Gesundheitsdialoge im Sinne von Nachbarschaftsgesprächen** können in anderen Stadtteilen wiederholt werden. Vorbereitung, Materialien und Ablauf sind erprobt. Die Kooperationspartner*innen haben ihre Zusage und Motivation dazu mitgeteilt. Ein Einbezug der ehrenamtlich Engagierten des Projekts zur personellen Bündelung der Ressourcen ist dabei perspektivisch vorstellbar. Die Ausweitung zu anderen Themen (d-g) ist mit diesem Format möglich. Neben dem Markt können weitere bestehende Strukturen/ Aktivitäten/ Feste vor Ort eine Terminoption werden.

Denkbar sind traditionelle Veranstaltungen wie das Marktplatzfest in Harthausen oder das Kirchplatzfest in Sielmingen. Für alle Formate gilt als Voraussetzung eine Kooperation mit

Partner*innen vor Ort. Für Bonlanden laufen für 2022 und 2023 bereits Planungen für Aktionen und Aktivitäten innerhalb der Förderung „Impulse Inklusion“. Die erfolgreiche Bündelung der Ressourcen kann auch hier zum Tragen kommen, indem „Gesundheit vor Ort“ in die Umsetzung integriert wird. Für die Gesundheitsdialoge mit Bürger*innen ist es empfehlenswert, vorab eine weiterführende Fragestellung festzulegen. Die Erfahrungen der bisherigen Dialoge liefern diesen Hinweis.

Im Gesundheitsdialog mit Bewohnenden des **Haus Bandoneons** in Bonlanden (betreutes Wohnen) wurde die Situation der **Bänke in und um Bonlanden** besprochen. Daraus sind Arbeitsaufträge für das Referat entstanden: Weiterleitung an die zuständigen Ämter sowie die Aufnahme dieses Punktes in die Quartiersarbeitsgruppe „Ortsmitte Bonlanden“. Um das Vertrauen in die „hörende Verwaltung“ zu stärken sollen die Bewohnenden über den Verlauf bzw. die Ergebnisse informiert werden.

In der Planung der Fortführung der Inhalte von „Gesundheit vor Ort“ wurde im Qualitätszirkel der Gesundheitsakteur*innen (s. Pfad 2) Interesse, Einschätzung und Zusammenarbeit zu einem **„Alterssimulationsanzug“** angefragt. Die Teilnehmenden waren sich einig, dass dieser sowohl für die Schulung von Ehrenamtlichen und Mitarbeitenden in den Einrichtungen Filderstadts eine innovative Möglichkeit darstellt, das körperliche Erleben im Alter nachzuempfinden. Im Weiteren wurde festgelegt, dass die Zielgruppen erweitert werden: Mit Blick auf Gesundheitsinformation und Gesundheitskompetenz ist der Alterssimulationsanzug für verschiedene Alters- und Personenkreise eine Möglichkeit, den Alterungsprozess besser zu verstehen und nachzuempfinden. Ferner schärft er den Blick auf diese Lebenslage in unser aller Leben und unterstützt damit das Verständnis füreinander. Zum Ende der Modellprojektzeit wurden daher ein Flyer erstellt, der den Alterssimulationsanzug vorstellt. Es wurde ein Video und ein Flyer für die Öffentlichkeitsarbeit erstellt und soll Personen und Gruppen in Filderstadt aktivieren und motivieren, den Alterssimulationsanzug beim Referat für einen Workshop auszuleihen.

Abb. 31 | Gesundheitsdialoge



REFERAT FÜR CHANCENGLEICHHEIT,
TEILHABE UND GESUNDHEIT

Testen Sie den Alterssimulationsanzug



Abb. 32 | Alterssimulationsanzug

Teil 3

Der Filderstädter Weg - Quintessenzen, praktische Relevanz, Perspektiven, Empfehlungen

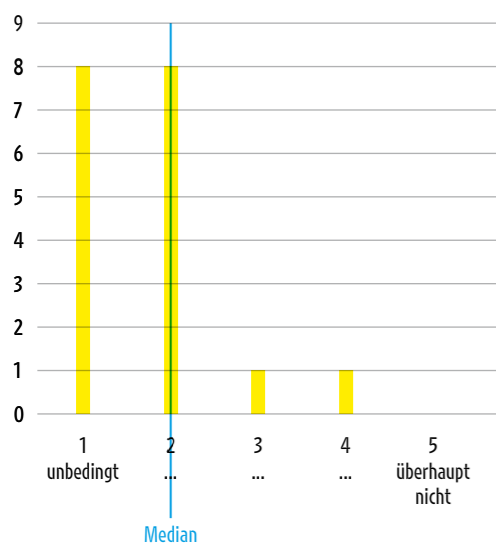
„Das hat mir wahnsinnig
weitergeholfen“

Innerhalb der Nachsorge nach Klinikaufenthalt (s. Pfad 1) wurde die Thematik der Vorsorgenden Papiere immer wieder deutlich. Sowohl Angehörige als auch Klient*innen zeigten Sorge vor der Aufnahme dieses Themas – in der Regel begründet in einer Unwissenheit der Bereiche und Vorgehensweisen. In der Weitergestaltung von Pfad 4 wurden Kooperationen zu diesem Thema angefragt und mit diesen Akteur*innen vor Ort (Pfleger*innen, Vorsorgeberatung, Stadt seniorenrat) verschiedene Angebote für 2022 und 2023 geplant. Zu den angedachten Aktionen gehören niederschwellige, zugehende Möglichkeiten wie ein Bodenplakat auf dem Markt; Formate wie Podcast, Facebook-Post, Postkarte, Amtsblattbeitrag, Runde Tische zu einzelnen Themenblöcken und ein Gastvortrag des renommierten und bekannten Rechtsanwaltes Wolfgang Putz.

Aus der Erhebung zur „**Digitalisierung im Gesundheitswesen**“ im Rahmen der Gesundheitskonferenz zeigen sich Informations- und Handlungsbedarfe rund um das Thema „elektronische Patientenakte“.

Als neues Profil des Bürgerschaftlichen Engagements werden „digitale Gesundheitsbotschafter*innen“ mit Unterstützung der Landesmedienzentrale und gesundaltern@bw in Angriff genommen. Diese Überlegungen greifen erste Umsetzungen des Gesundheitsschwerpunkts von Referat 025 auf. Das Konzept beruht auf den bisherigen Erkenntnissen und Errungenschaften aus „Gesundheit vor Ort gemeinsam Gestalten“, verknüpft diese aber stärker mit dem Leitbild integrierter sozialraumorientierter Gesundheitsversorgung in Filderstadt am Beispiel von Bonlanden.

Halten Sie Informationen zur Digitalisierung für Ihre Patient*innen für notwendig?



Wie sehr würde es Ihre Arbeit unterstützen, wenn es Bürgerdialoge mit Ihrer Unterstützung zur Handhabung der eAkte geben würde?

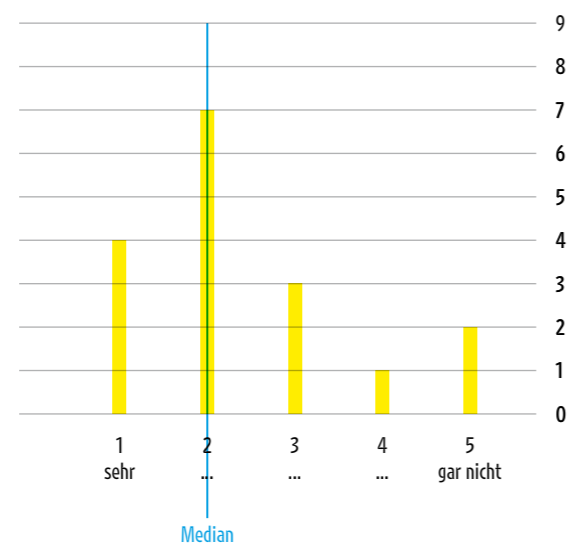


Abb. 33 | : Informationsbedarfe zur elektronischen Patientenakte

Der Projektantrag „Gesundheit vor Ort gemeinsam Gestalten“ zielte a) auf einen nachweislichen Beitrag zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung Älterer in Filderstadt und b) auf einen Einstieg in sektorenübergreifende Versorgung durch den Aufbau eines sektorenübergreifenden Netzwerks mit Gesundheitsakteur*innen in Filderstadt

Kennzeichnend für den Umsetzungsprozess waren Flexibilität und Kreativität bei der Suche nach praktikablen Gestaltungswegen - in Resonanz auf die vorgefundenen Verhältnisse in Filderstadt, auf die Bedingungen der Pandemie und die Ressourcen aller Projektbeteiligten.

So wurden Case- und Caremanagement in eigenständigen Pfaden bearbeitet. Zusammenarbeit mit Gesundheitsakteur*innen zum Wohle älterer Filderstädter*innen, aber auch verbesserter Versorgungsangebote konnten an drei Schnittstellen verlässlich initiiert werden: a) in der Kooperationsachse mit der Filderklinik, b) sozialraumorientiert durch die Zusammenführung mit der Quartiersarbeit in Bonlanden und c) in der innovativen Plattform „Gut versorgt in Filderstadt“, der neuen Homepage zu Gesundheits- und Versorgungsangeboten in Filderstadt.

3.1 Quintessenzen

Nach gründlicher Auswertung aller Projektaktivitäten lassen sich die Outcomes wie folgt zusammenfassen:

- Mit „Brücke in den Alltag“ wurde ein an **Kriterien geleitetes kommunales Versorgungsmanagement zur Nachsorge auf Zeit** nach Aufenthalt in der Filderklinik erfolgreich implementiert: Als Zielgruppen wurden vulnerable, nicht pflegebedürftige, hochaltrige und mehrheitlich allein lebende Filderstädter Bürger*innen, sorgende Angehörige und Patient*innen mit einer onkologischen Diagnose erreicht, die ein erhöhtes Risiko in der Nachsorge aufweisen. Durch

Casemanagement können Krisensituationen abgefedert werden. Es gibt Hinweise, dass damit der sogenannte Drehtüreneffekt minimiert werden kann. Es wurden insgesamt 89 Personen begleitet. In die Auswertung gingen 48 Prozesse ein.

- Bei „Brücke in den Alltag“ konnten die **Ressourcen erweitert** werden; und zwar durch den **Aufbau eines ehrenamtlichen Netzwerkes mit 14 engagierten Freiwilligen**. Seit Ende 2021 sind sie in die Begleitungen einbezogen. Sie verstärken den Nachbarschaftsbezug, sind qualifiziert und werden durch die professionellen Gesundheitslotsinnen begleitet. Es ist deshalb möglich, „Brücke in den Alltag“ einem weiteren Krankenhaus anzubieten. Absprachen mit dem Krankenhaus in Ostfildern-Ruit sind bereits in Gang gesetzt.
- Die Kooperationsachse mit der Filderklinik hat sich auf zwei Ebenen zu einer **exemplarischen sektorenübergreifenden Zusammenarbeit** im Sinne einer **lernenden Partnerschaft** ausgeweitet: Es gibt die systematische und verbindliche Zusammenarbeit mit dem Entlassmanagement der Filderklinik mit funktionierender Zuweisung und regelmäßigen Besprechungen. Das Projekt wurde zudem in Form eines Lenkungskreises (Beteiligung der Pflegedienstleitung und der betriebswirtschaftlichen Leitung) gemeinsam gesteuert. Eine Ausweitung der Zusammenarbeit mit der Klinik zu geriatrischen Fragen im Schwerpunkt „Gesundes Bonlanden“ und weiteren Projektpfaden findet bereits statt.
- Es wurden **vertrauensbildende und gesundheitsplanerische Grundlagen für die weitere sektorenübergreifende Zusammenarbeit** gelegt. Das thematische Anliegen ist gesetzt. **Bedarfe und Bereitschaften** zum Ausbau der Gesundheitsinfrastruktur in Filderstadt sind über 29 Stakeholdergespräche mit den maßgeblichen Gesundheitsakteur*innen aus der Versorgungslandschaft in Filderstadt und zwei Befragungen eruiert.



Abb. 34 | „Brücke in den Alltag“

Frau P. | „Meine Gebrechlichkeit wird nicht wahrgenommen“

Es ist leicht durch die Maschen zu fallen
→ Die Schwierigkeit mit den gerontologischen Bedarfen

Frau R. | „1. kommt es anders, 2. als man denkt...“

→ Der Wert begleiteter Entscheidungen

Frau W. ist 74 Jahre alt und von Beruf OP Schwester. Sie hatte eine schwere Bauchoperation mit massiven Wassereinlagerungen und Entzündungen im Körper. Sie lebt in einer 2-Zimmerwohnung im ersten Stock. Bis zur Erkrankung konnte sie sich vollumfänglich um alle Lebensbereiche kümmern. Sie erlebte einen familiären Verlust im vergangenen Jahr, ist aufgeschlossen und hat gute, tiefe Freundschaften sowie eine helfende Nachbarin. Ihr Krankheitsverlauf gestaltet sich mit Höhen und Tiefen, einigen Krankenhauseinweisungen, Operationen

und schließlich einer Rehabilitation. Die Begleitung durch „Brücke in den Alltag“ fand im psychosozialen und emotionalen Bereich statt, in der Unterstützung in der Organisation und Tagesstruktur. Des Weiteren in der Planung und Durchführung von Erledigungen: Haus- und Facharzt*innentermine, Sanitätshausbesuch, Pflegedienstkontakt und Fahrdienstübernahme. Die Begleitung erstreckte sich über einen Zeitraum von 3 Monaten und fand durch die Gesundheitslotsin und eine bürgerschaftlich Engagierte statt.

Herr E. ist 78 Jahre alt mit der Diagnose Magenkarzinom. In der Folge durchlebte er eine Operation mit Magenentfernung und eine Chemotherapie sowie Rehabilitation. Er lebt alleine und hat eine Nichte im Allgäu, die die Vorsorgevollmacht hat. Herr E. wohnt im 4. Stock in einer Einzimmerwohnung mit kleinem Balkon. Im Vordergrund standen die Krankheitsbewältigung, Planung der Klinikaufenthalte, die Versorgung im hauswirtschaftlichen Bereich, Ernährung und die Annahme von Hilfe. Über die Zeit konnte ein

Hilfenetzwerk aufgebaut werden, eine Nachbarin kaufte ein und half beim Putzen der Wohnung. Die Lotsinnen vermittelten an den Pflegestützpunkt und die SAPV Esslingen. Der enge Kontakt zur onkologischen und inneren Abteilung der Filderklinik war hilfreich für die Unterstützung von Herrn E., da er sich eigeninitiativ nicht meldete. Die Kontakte bei „Brücke in den Alltag“ fanden durch zugehende Telefonate oder Hausbesuche statt.

Herr E. | „Gut, dass ich es weiß für später...“
→ Vertrauen – eine unverzichtbare Währung für Compliance

Frau P. | „Es ist schön, dass Sie sich Zeit genommen haben und mir helfen.“
→ Handreichungen und Zeit mitbringen

- **Sektorenübergreifender Austausch** konnte in kleinen kooperativ-vernetzenden Plattformen umgesetzt werden: Durchführung eines **Qualitätszirkels** mit Gesundheitsakteur*innen aus Bonlanden; Mitarbeit in bestehenden Zirkeln der Zusammenarbeit wie „Runder Tisch Beratung“ oder „AG Gesundheit und Pflege“.
- **Kooperationen bei sozialraumorientierten Kontakt- und Gesprächsaktionen** sind im Stadtteil Bonlanden gelungen. Sogenannte **Gesundheitsdialoge** im öffentlichen Raum bewirkten die Beteiligung des DRK, der ortsansässigen Apotheke und des Diakonie- und Krankenpflegevereins.
- Das **Informationsangebot** für Betroffene und ihre Familien, interessierte Bürger*innen sowie für professionelle Gesundheitsakteur*innen konnte durch eine innovative Datenbank mit über 400 Einträgen zu Angeboten der Versorgung, Unterstützung und Beratung auf www.gut-versorgt-in-filderstadt.de entscheidend verbessert werden.

- **Kontinuierliche fachliche und kommunale Einbettung des Projekts ist durch aktive Mitwirkung und breite Kommunikation** gelungen: Dazu gehören die Mitwirkung und Berichterstattung in der **Gesundheitskonferenz 2021/2022**. Teilnehmende wurden durch Befragungen stärker beteiligt und für die Bedarfslagen und Risiken hochaltriger Personen sensibilisiert.
- **Der Gemeinderat wurde kontinuierlich informiert:** Mündlicher Bericht im Verwaltungsausschuss (November 2019); Darstellung von Projektperspektiven anhand eines Zwischenberichts im Verwaltungsausschuss (Herbst 2021) mit Beschlussfassung zur zweijährigen Verlängerung des Arbeitsschwerpunkts des Projekts; Abschlussbericht (Sommer 2022).

Trotz pandemiebedingter Einschränkungen ist die Umsetzung des Antrags in wesentlichen Eckpunkten gelungen. Das Thema Kurzzeitpflege wurde nicht bearbeitet. Sektorenübergreifende Zusammenarbeit konnte in Grundzügen entwickelt sowie die Information zu „Brücke in den Alltag“ in die Arztpraxen kommuniziert werden.

3.2 Praktische Relevanz

Versucht man die zwei Schwerpunkte des Projekts abzuwägen und zu vergleichen, so liegt der größte Mehrwert von „Gesundheit vor Ort gemeinsam Gestalten“ in den direkten Verbesserungen der Gesundheitsversorgung für Nutzer*innen und der kommunalen Daseinsvorsorge. Eine Überwindung von Sektorengrenzen ist dagegen vor allem exemplarisch gelungen.

Zu den Verbesserungen in der Gesundheitsversorgung für Nutzer*innen

Klient*innen profitierten vom Projekt vor allem durch das Casemanagement, die digitale Versorgungsplattform und wohnortnahe Informations- und Kontaktangebote wie etwa bei den Gesundheitsdialogen. Die Nachsorge konnte an einer entscheidenden Schnittstelle für drei unterschiedliche Zielgruppen ausgeweitet werden (Gruppe der Hochbetagten mit nicht pflegebezogener Vulnerabilität, Klient*innen mit onkologischer Diagnose in Anfangsbehandlung und pflegende Angehörige/ Ehepartner*innen).

Mit der derzeitigen Konzeption und Anbindung von „Brücke in den Alltag“ in der Form eines selektiven Casemanagements für eine kritische Übergangssituation wurde in Filderstadt ein zielgruppenspezifisches Begleitungskonzept eingerichtet, das wirkt, überzeugt und anschlussfähig ist. Begleitung wirkt als Puffer gegen Belastungen, was durch die Forschung zu Social Support vielfach nachgewiesen wurde. Hilflosigkeit kann besser ertragen werden. Die Betroffenen können ein Gefühl von Kontrolle aufrechterhalten oder zurückgewinnen. Für die Resilienz ist dies entscheidend. Darauf deuten auch die Hinweise zum Drehtüreffekt hin. Qualitativ fördert diese Art der Nachsorge Gesundheitskompetenz bei den Nutzer*innen durch Aufbau von Vertrauen und Compliance. Dadurch wird erleichtert, dass Hilfe angenommen und Leistungen erschlossen werden können. Kooperation mit Gesundheitsakteur*innen kann gelingen.

Es wird eine bessere Passung und Erschließung von Hilfe- und Unterstützungsangeboten erreicht. Die zugehende Arbeitsweise der Lotsinnen ermöglicht die Einbettung in die aktuelle Lebenslage der Nutzer*innen.

In zwei Bereichen wurden Akteur*innen zusammengeführt, die zukünftig zur Erweiterung der Versorgung beitragen können: durch einen entstehenden Gesundheitsverbund in Bonlanden (AG Gesundes Bonlanden) und durch das 'Netzwerk Besuchsdienste'.

Es zeichnen sich praktikable Themen für interprofessionelle, sektorenübergreifende Zusammenarbeit in Filderstadt ab und sind z. T. bereits verabredet. So wird Digitalisierung und Informationen zur elektronischen Patientenakte eine Rolle spielen. Für die Quartiersarbeit in Bonlanden wird das Thema Bewegung und Mobilität aufgegriffen. Die Filderklinik plant in Abstimmung mit der Stadt einen Qualitätszirkel zu geriatrischen Fragen. Ziel ist es, durch Beispiele und wirkungsvolle Praxis für Sinn und Mehrwert von sektorenübergreifendem Vorgehen in Filderstadt zu sensibilisieren.

Ein sektorenübergreifendes Netzwerk ist bis jetzt nicht zu Stande gekommen. Die starre Versäulung in der Kenntnis und Vorstellungskraft der Professionen ist als eine **schwer zu durchdringende Sektorengrenze** zu werten. Der Zugang und Kontakt zu Mediziner*innen und Therapeut*innen war erschwert. Es zeigte sich bei diesen Berufsgruppen, dass es untereinander keine verabredeten Kommunikationswege gibt. Insbesondere im Übergang vom stationären ins ambulante Setting und umgekehrt wird die Grenze zwischen den Sektoren für alle Agierenden und Klient*innen deutlich und spürbar. Professionelle Gesundheitsakteur*innen zeigen wenig Kenntnis sozialer und kommunaler Angebote. Für die bestehenden Berufsbilder aus dem Bereich der Medizin, aber auch der Sozialarbeit braucht es eine Öffnung hin zu integrierter Versorgung. Um bei Menschen Bereitschaft für Innovation zu generieren, ist es notwendig, interdisziplinäre Arbeitsweisen in die Ausbildungssysteme aufzunehmen. Es müssen Beispiele in die Curricula übernommen werden.

Zu den Verbesserungen in der kommunalen Daseinsvorsorge

Im Verantwortungsbereich kommunaler Daseinsvorsorge erreichte die Kommune durch das Projekt Verbesserungen in Planung, Steuerung und Bürgerorientierung. Dazu tragen die Datenbank www.gut-versorgt-in-filderstadt.de bei, die konzeptionelle Verankerung von Gesundheitskompetenz und Casemanagement als Arbeitsweise, finanzielle Mittel zur Weiterführung des Projekts sowie Erschließung von Mitteln der Pflegekassen nach SGB XI/ Hilfen im Alltag. Die Zusammenarbeit von Kommune und wichtigen Stakeholdern der Gesundheit ermöglichte Bedarfsermittlung, ist fest verankert, und wird fortgeführt. Sie hat wichtige qualitative Impulse zur Sensibilisierung für gerontologische Lebenslagen geleistet.

Durch die kontinuierlichen Anstrengungen, die bestehenden Strukturen weiter auszubauen und am besten stadtteilbezogen zu vernetzen, ergaben sich Anlässe für die Angebotsentwicklung und -steuerung. In Filderstadt hat sich aus den dortigen Gesundheitsdialogen und Gesprächen das 'Netzwerk Besuchsdienste' zusammengefunden. Das Projekt „Gesundheit vor Ort“ hat darin die vielfältigen Besuchsdienste aus Filderstadt zusammenführen können. Daraus wurde die Idee geboren, „digitale Gesundheitsbotschafter*innen“ als ein neues Profil im bürgerschaftlichen Engagement zu entwickeln und auszuprobieren.

Durch systematische Stakeholdergespräche hat das Projekt dazu beigetragen, dass die Bedarfe für eine gute Versorgung im Alter in Filderstadt zusammengetragen und analysiert sind.

Als bedeutsame Lücken wurden unter anderem Fahrdienste und die hauswirtschaftliche Versorgung identifiziert und kommuniziert.

Insgesamt konnte mit dem Projekt das Qualitätsmerkmal „Bürgerfreundliche Kommune“ im Bereich Gesundheit vorgebracht werden. Dies ist durch den Auf- und Ausbau kommunikativer und informativer Infrastruktur erreicht worden.



Abb. 36 | Impressionen zur Gesundheitskonferenz 2021

3.3 Perspektiven

Der bisherige Verlauf des Projekts in der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit legt nahe, dass Casemanagement im Einzelfall nicht automatisch zu einer systematischen Kooperation der professionellen Versorgungspartner*innen führt. Das gilt umso mehr, wenn es sich um nicht pflegenaher Zielgruppen handelt, wie das bei der Nachsorge durch „Brücke in den Alltag“ der Fall war.

Dieser Tatbestand verweist auf die große Bedeutung der **verbindlichen und systematischen Zusammenarbeit** professioneller Gesundheitsakteur*innen und kommunaler Partner*innen an **Schnittstellen über den Einzelfall hinaus**.

Dass in nur zwei Jahren unter erschwerten Bedingungen überhaupt ein Casemanagement nennenswert in Gang kommen konnte und von den Klient*innen auch angenommen wurde, geht auf die **Qualität der intersektoralen Zusammenarbeit** zwischen Stadtverwaltung und Filderklinik zurück.

Tatsächlich profitieren beide Partnerorganisationen von dieser Zusammenarbeit in gleich mehrfacher Weise. Während die

entlassenden Kliniken in vielen Fällen gerade bei diesem Personenkreis oft viel Zeit im Entlassmanagement benötigen, um im besten Fall eine stabile Versorgung in der Häuslichkeit zu organisieren, wird die Filderklinik durch die Überleitung an die Lotsinnen in den Einzelfällen, aber auch in der fallübergreifenden Koordination mit den Anbietenden entlastet. Zuständigkeiten sind geklärt und Schwierigkeiten können in einzelnen Fällen delegiert werden. Durch den Projektaufbau konnte das Entlassmanagement der Filderklinik seine Funktion etablieren und seine Qualität systematisch ausbauen, indem es seine Kompetenzen beim Umgang mit komplexen und bereichsübergreifenden Lebenslagen vertiefte.

Ein entscheidender Vorteil liegt auch darin, dass das Projekt mit seinen Pfaden „Brücke in den Alltag“, der Homepage mit dem Wissensportal und die Verantwortung für die Entwicklung des Versorgungsnetzwerks bereits personell und planerisch bei der Kommune im Referat für Chancengleichheit, Teilhabe und Gesundheit verankert ist. Dies ist eine günstige Voraussetzung, das Leitbild der sektorenübergreifenden Versorgung bekannt zu machen, langfristig mit den Beteiligten zu planen, die notwendigen Prozesse zu moderieren und damit als Teil der kommunalen Daseinsfürsorge zu verankern.

Die Vorteile für die Kommune erschließen sich zunächst vorwiegend aus der Sicht der Bürgerinnen und Bürger, die aus der Filderstadt entlassen werden. Das kommunale Konzept der Sozialraumorientierung integriert die Krankenhausversorgung durch die kommunalen Lotsinnen, welche die Patient*innen auf ihrem Weg nach Hause begleiten und dort anschließend zur Verfügung stehen. Dies steigert, jenseits einer Verwaltungslogik, die Glaubwürdigkeit und Verlässlichkeit (Accountability) der Stadtverwaltung („Die kümmern sich ...“) und unterstreicht damit die Bürgerorientierung. Es konnten Bürger*innen durch den zugehenden Ansatz in den Pflegestützpunkt vermittelt werden, die sonst den Weg dorthin nicht auf sich genommen hätten.

Die **Art der Projektumsetzung im Filderstädter Weg** mit eigenständigen kommunalen und sozialraumorientierten Strategien hat sich als besonders erfolgreich herausgestellt. Allerdings setzt eine solche Projektbearbeitung besondere Kompetenzen bei Projektmitarbeiter*innen voraus. Leitungskompetenz ist besonders gefragt bei Konzeption, Steuerung und in der Schnittstellengestaltung. Entwickelt wurde dieser Projektplan auf Grundlage einer sorgfältigen Sozialraum- und Stakeholderanalyse sowie vergangener Erfahrungen beim Einstieg in die Quartiersarbeit im Stadtteil Sielmingen. Gerade Filderstadt, dessen Identität erst auf die Eingemeindung 1975 zurückgeht, braucht eine sehr gut eingebettete Entwicklung.

Allerdings erfordert jede neue Kooperation auch zusätzlichen Ressourceneinsatz. Dieser zeigt sich gerade zu Beginn eines gemeinsamen Projekts und verlangt von den beteiligten Organisationen eine durchgängige Bereitschaft, hier zu investieren. Gerade dann, wenn es sich um einen Case und Care Management-Ansatz handelt, in dem die Steuerung eine wichtige Funktion einnimmt, muss davon ausgegangen werden, dass die Implementierung nicht reibungslos verläuft. Deshalb war es erforderlich, dass alle Beteiligten Umsicht, Geduld und Bereitschaft zum Lernen aufbringen, damit die Systemintegration gelingen kann. Zuletzt haben der Gemeinderat und der Oberbürgermeister eine Förderung für weitere zwei Jahre beschlossen. Dies ist ein wichtiger Schritt zur Konsolidierung.

In Abgleich der Ergebnisse mit der aktuellen Literatur wurde deutlich, dass das Ziel eines sektorenübergreifenden Versorgungskonzeptes für ein zweijähriges Projekt zu hoch gesetzt war. Bei fehlender flexibler Governance, nicht vorhandener politisch formulierter Pflicht zur Zusammenarbeit, Mindsets die sektorengeprägt sind und wenig Möglichkeiten für Zusammenkünfte in Zeiten der Pandemie, waren Grenzen gesetzt. Von hoher praktischer Relevanz ist die umfängliche und gelungene Felderkundung. Die Analyse der Versorgungslandschaft ist erfolgt und die Strukturen nun bekannt und besser verstanden. Dies ermöglicht es, in weiteren Schritten angemessene Lösungen und Vorgehensweisen zu entwickeln. Lösungen mit Vorgehensweisen, die auch an- und aufgenommen werden.

Vorteile	Für Klient*innen (Casemanagement)	Für die sektorenübergreifende Zusammenarbeit
Klinik	+ Verlässlichkeit und Qualität in der Nachsorge steigt	+ klare Zuständigkeiten
	+ Angstabau	+ Entlastung des Entlassmanagement
Kommunale Stelle	+ Pufferung Drehtüreffekt	+ Aufwertung für Entlassmanagement durch Qualitätsverbesserung
		+ Niedrige Transaktionskosten für mehr Qualität
		+ Kompetenzaufbau bei EM: Sensibilisierung für Lebenslagen; präzisere Zuweisungen, anfangs zu leichte Fälle
	+ zugehende sozialraumorientierte Arbeitsweise ist verstärkt möglich	+ Leuchtturm und „Best Practice-Beispiel“ für sektorenübergreifende Zusammenarbeit: Ko-Produktionsansatz durch starke Projektpartnerschaft (Eng und verbindlich; klare ergänzende Arbeitsleistung: keine Konkurrenz)
	+ Neutralität und Offenheit; nicht trägergebunden; kostenlos	+ Ressourcengewinn, Ressourcenbündelung durch zugehende sozialraumorientierte Arbeitsweise
	+ alle Interessen im Blick; Alltags-orientierung	+ mehr Nähe zum Pflegestützpunkt und andern kommunalen Versorgungspartner*innen.
	+ Bürgerorientierung: unabhängiger von Funktionslogik; präventive Orientierung ist möglich	+ „Elastizität“ in der Versorgung wird verbessert: Abmilderung des Drehtüreffekts
	+ Akzeptanz bei Klient*innen: Schreckgespenst Pflegeheim; so lange wie möglich zu Hause bleiben; Entstigmatisierung; Alter ohne Pflege zu denken.	+ Sensibilisierung aller für Schnittstellen und externe Lebenslagen (Patientenorientierung statt Krankheitsorientierung)
+ Glaubwürdigkeit: Aufwertung für die Stadtverwaltung: „Wir kümmern uns...“	+ Gewinn an Steuerungsmacht	
+ Mehr Verlässlichkeit (Accountability)	+ Mehr Verlässlichkeit (Accountability)	

Abb. 37 | Vorteile aus der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit für Verwaltung und Klinik

Herausforderungen	Für das Casemanagement	Für die sektorenübergreifende Zusammenarbeit
Ressourcen		Nicht zum Nulltarif zu haben: <ul style="list-style-type: none"> · Investitionen und Ressourcen · Institution muss es wollen · Mitarbeitende müssen es können · Rückendeckung durch die Hierarchie ist not-wendig
Gemeinsames Selbstverständnis	Es braucht eine gemeinsame Orientierung: konzeptuelle Grundlage	Es braucht eine gemeinsame Orientierung: konzeptuelle Grundlage
Bereitschaft		Es braucht Öffnung (persönlich und institutionell)
Geeignete Formen der Zusammenarbeit		Es braucht eine geeignete Kooperationskultur (angemessene Bezahlung)
Kompetenz	Es braucht geeignete Qualifikationen, die es in der Praxis erst z. T. gibt.	Es braucht geeignete Qualifikationen, die es in der Praxis erst z. T. gibt.
Konkurrenz		Anfängliche Abschlussstendenz als Reaktion auf Kooperationsachsen

Abb. 38 | Herausforderungen aus der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit für Verwaltung und Klinik

3.4 Empfehlungen

Vulnerabilität im Alter ist eine ganzheitliche und vernetzte Problemlage mit vielfältigen Aspekten, die auch das Lebens- und Wohnumfeld betreffen.

Dafür braucht es eine erhöhte Sensibilität aller Generationen, die durch geeignete Maßnahmen angeregt und unterstützt werden kann. Mehr Teilhabe kann schützen.

Alltagsunterstützung vergrößert die Chance, auch mit gesundheitlichen Einschränkungen in der eigenen Häuslichkeit zu bleiben. Es ist entscheidend, sich um die wichtigsten Lücken der Versorgung und Unterstützung zu kümmern.

Ein abgestimmtes Zusammenspiel der lokalen Gesundheitsakteur*innen schafft Synergien, die für alle Vorteile bringen. Dazu gilt es weiterhin, Best-Practice-Erfahrungen zu schaffen, die überzeugen, ermutigen und inspirieren. Koordination, Organisation und Abstimmungsprozesse benötigen ein hohes qualitatives Personal sowie die entsprechenden Ressourcen.

Gesundheit ist ein Schwerpunktthema vom Referat für Chancengleichheit, Teilhabe und Gesundheit. Strategisch-konzeptionell empfiehlt sich die Ausrichtung am Leitbild integrierter, sozialraumbezogener Gesundheitsversorgung (vgl. Neustart Gesundheit).

Es geht dabei um Qualitätsentwicklung in den unterschiedlichsten Aspekten wie gesicherte Erst- und Grundversorgung, verlässliche Information; mehr Mitwirkung von Bürger*innen und professionellen Partner*innen; Transparenz, Kooperation und Vertrauensbildung. Dies kann erreicht werden, indem die durch die Lotsenstruktur erreichten Verbesserungen

der Nachsorge, der Information, Kommunikation und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit weiter verstetigt und stabilisiert werden. Angemessene personelle, sachliche Ressourcen sowie politischer, organisatorischer Support sind weiterhin unverzichtbar und müssen weiter ausgebaut werden.

Zum Leitbild integrierter sozialraumorientierter Gesundheitsversorgung gehören die Beachtung von Prävention durch Förderung von Gesundheitskompetenz der Bevölkerung und das Erlernen von Zusammenarbeit über professionelle Sektoren hinweg. Dazu ist die Verankerung im Sozialraum entscheidend.

Es empfiehlt sich, Gesundheit und Quartiersentwicklung eng zu verknüpfen. Die Perspektive „Gesundheitsquartier“ als Entwicklungsziel von Quartiersarbeit wurde von der Verwaltungsspitze für den Sozialraum Bonlanden Anfang 2022 erstmals festgelegt. Bonlanden als Gesundheitsquartier hat erfolgversprechende Voraussetzungen. Mit dieser Ausrichtung trägt das Handlungsfeld Gesundheit wirksam zu kommunaler Daseinsvorsorge bei.

Gesundheitsbezogene Quartiersentwicklung stützt sich auf breite Beteiligungsprozesse. Es bietet sich an, zentrale Akteur*innen aus Gesundheit und Versorgung für die Konzeption und Umsetzung eines Beteiligungsprozesses in Bonlanden zu gewinnen.

Durch themenbezogene Aktionen und Veranstaltungen in Kooperation mit einzelnen lokalen Gesundheitsakteur*innenn aus Bonlanden, orientiert an lokalen Bedarfen, wird quartiersbezogen die Bürgerschaft für Gesundheitskompetenz und Gesundheitsförderung sensibilisiert und zur Mitwirkung angeregt.

Mit dieser Ausrichtung gewinnt das bisherige Lotsenprofil neue Aspekte bezogen auf gesundheitsbezogene Quartiersarbeit in Bonlanden. Das Instrumentarium für quartiersbezogene Lotsentätigkeit kann in drei Bereichen vertieft und verfeinert werden:

- 1 Casemanagement und intersektorale Zusammenarbeit im Stadtteil,
- 2 Quartiersbezogene Beteiligungsformate zum Thema Gesundheitskompetenz und Bewegung mit Stakeholdern,
- 3 Aktivierung von bürgerschaftlichen Engagement zum Profil „Digitale Gesundheitsbotschafter*innen“.

Dadurch kann ermittelt werden, welche Potenziale, aber auch Herausforderungen sich durch eine quartiersbezogene Lotsenstruktur für die Verbesserung kommunaler Daseinsvorsorge ergeben.



Abb. 39 | Stadtteiltreffen in Bonlanden

Anhang

Nutzer*innen von „Brücke in den Alltag“: weitere Einzelbefunde	Seite
Anlage IGeschlecht und Altersgruppen	49
Anlage IIZur sozialen Situation – allein oder zusammenlebend – Qualität der Netzwerke ...	49
Anlage IIIZur Wohnkonstellation nach Stadtteilen.....	50
Anlage IVZum Drehtüreffekt	50
Instrumente im Casemanagement	
Anlage VDokumentation Daten Klient*innen	51
Anlage VIÜberleitung durch Filderklinik, Kriterien.....	52
Anlage VIIVereinbarung zu „Brücke in den Alltag“	53
Anlage VIIIVereinbarung zu Datenschutz & Schweigepflicht.....	54
Anlage IXVereinbarung zu Corona und Hygiene	55
Anlage XBRASS	56
Instrumente bürgerschaftlich Engagierte	
XIIVereinbarung „Brücke in den Alltag“	57
XIIVereinbarung Datenschutz & Schweigepflicht.....	59
XIIIÜbergabe Lotsin an bürgerschaftlich Engagierte	60
XIVDokumentation Begleitung bürgerschaftlich Engagierte	61
Organisationsunterlagen	
Anlage XVProjektmatrix	62
Ausgewählte Informationsunterlagen	
Anlage XVIPoster Fragebogen	63



Nutzer*innen von „Brücke in den Alltag“: weitere Einzelbefunde

Anlage I Geschlecht und Altersgruppen

69% waren Frauen (N=33) und 31% Männer (N=15).

Anlage II Zur sozialen Situation – allein oder zusammenlebend – Qualität der Netzwerke

Das Angebot „Brücke in den Alltag“ richtete sich u. a. an Alleinlebende. 66 % lebten allein (N=16), 34 % mit eine*r Lebenspartner*in (N=16). Die Lebenspartner*innen gehörten häufig ebenfalls zur vulnerablen Gruppe von Älteren.

Das alleine Wohnen bedeutet häufig nicht nur alleine Wohnen in einem Haushalt, sondern auch große Entfernungen zu Kindern oder anderen Verwandten. Nachbarschaftskontakte können vorhanden sein, ein Netzwerk aus Freund*innen ist eher selten. In der Generation der über 70 bis 80-jährigen ist die Pflege von Freundschaften nicht auf die Unterstützung täglicher Bedarfe ausgerichtet. Der Kontakt in einen Verein wird in der Regel beendet, wenn das Vereinsmitglied mit dem Vereinszweck nicht mehr in Verbindung steht – z. B. Sportverein usw. In den Begleitungen bei „Brücke in den Alltag“ bestätigte sich, dass Netzwerke kleiner werden durch die Vulnerabilität und das Sterben der Gleichaltrigen. Daraus ergeben sich Netzwerke unterschiedlicher Qualität. Die unterschiedlichen Qualitäten wurden in stabil, labil und prekär eingeteilt und werden im Folgenden beschrieben.

In 21 (44 %) Fällen gestaltet sich das Netzwerk labil. In der Umgebung der Klient*innen befinden sich Personen, die verbindlich unterstützen können, aber über wenig Zeitressourcen verfügen oder die Beziehung der Klient*innen zu den Angehörigen oder vergleichbar nahestehende Personen ist belastet. Dabei kommt auch zum Tragen, das Klient*innen ihren Hilfebedarf nicht wahrnehmen oder Hilfe für ihre Bedarfe nicht annehmen können. Sie stellen ihre eigenen Bedarfe hinten an und möchten andere nicht „belasten“. Dies führt oftmals zu nicht kommunizierten Vorgehensweisen unter den beteiligten Personen. Die Klient*innen sind nicht unmittelbar gefährdet.

In 13 (27 %) Fällen gestaltet sich das Netzwerk stabil. Es sind Familienangehörige in der Nähe, die sich kümmern und ein guter Kontakt besteht. Die Klient*innen sind in der Lage und motiviert,

ihre Bedarf zu besprechen und zu organisieren. In den ersten Tagen nach dem Klinikaufenthalt bedarf es kleinen Handreichungen und die Angehörigen und vergleichbar nahestehende Personen konnten mit beratender Unterstützung die Situation gut meistern. Dabei konnte beobachtet werden, dass auch die Covid-19 Pandemie Störungen in sonst stabilen Netzwerken erzeugte.

Netzwerke in der drei Qualitäten: stabil - labil - prekär (n = 48)

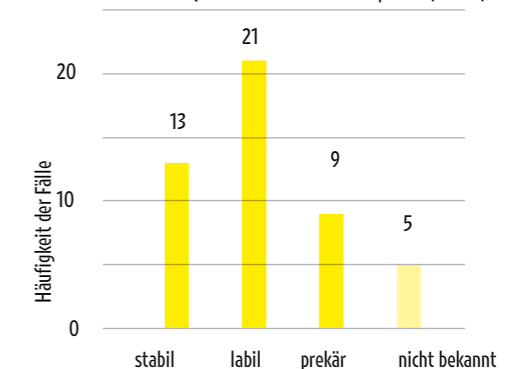


Abb. 40 | Qualität der Netzwerke

In 9 (19 %) Fällen ist die Beschreibung eines prekären Netzwerkes zutreffend. Klient*innen leben überwiegend alleine, haben kaum Kontakt zu Angehörigen, Nachbarn oder Freunden. Die Unterstützung basiert z. B. bei einem Klienten mit einer fortschreitenden onkologischen Erkrankung auf einem Nachbarschaftskontakt, der zum Einkaufen begleitet. Oder ein hochbetagtes Ehepaar, beide in einer vulnerablen Situation, wobei eine Person unter massiven psychischen Problemen leidet und der Kontakt zu den Söhnen schwer belastet ist. Lebensbedrohliche Erkrankungen, Suchterkrankungen und psychiatrische Erkrankungen bringen Menschen häufig in eine Situation von prekären Netzwerken.

In 5 (10 %) Fällen konnte die Qualität des Netzwerkes durch sehr geringe Kontakte bei wenig Bedarf oder keinem Interesse an dem Angebot „Brücke in den Alltag“ nicht eingeordnet werden.



Stadt Filderstadt Projekt „Gesundheit vor Ort gemeinsam gestalten – Brücke in den Alltag“

Datenschutzerklärung und Schweigepflichtentbindung

Name, Vorname _____
 Geburtsdatum _____
 Adresse _____
 Telefonnummer _____

Lotsin Petra Kümmel / Nina Reckziegel
 Ich erlaube der Lotsin meine Daten in der Zusammenarbeit mit folgenden Personen aus zu tauschen:

Vereinbarung zur Unterstützung während der Corona Pandemie, durch das Projekt „Brücke in den Alltag“

Wer	Name/Kontakt Daten
Meine/n Angehörigen/n – Freunde	
Meiner Ärztin/mein Arzt	
Meiner Therapeutin/mein Therapeut	
Meiner Versicherung	
Meinem Kostenträger	

Ich möchte folgende Personen und Einrichtungen von dieser Erlaubnis ausdrücklich ausschließen (Name eintragen)

Die erhobenen Daten werden nach Beendigung der relevanten Datenschutzbestimmungen und Einwilligungserklärung unter Beachtung der Datenschutzbestimmungen und Archivierungsfristen umgehend gelöscht.

Ich habe die Datenschutzerklärung/Schweigepflichtentbindung gelesen und stimme der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten in der Zusammenarbeit mit der Lotsin der Stadt Filderstadt/ Referat für Chancengleichheit, Teilhabe und Gesundheit und den oben aufgeführten Personen und Einrichtungen, zu. Ich weiß, dass ich meine Angaben jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

_____ Datum _____ Unterschrift – Klient*in

Referat für Chancengleichheit, Teilhabe und Gesundheit | Martinstraße 5 | 70794 Filderstadt
 Gesundheit vor Ort **Petra Kümmel** | Telefon 0711 7003 - 376 | Fax 0711 7003 - 7376 | pkuemmel@filderstadt.de
Nina Reckziegel | Telefon 0711 7003 - 368 | Fax 0711 7003 - 7368 | nreckziegel@filderstadt.de



Stadt Filderstadt Projekt „Gesundheit vor Ort gemeinsam gestalten – Brücke in den Alltag“

Vereinbarung zur Unterstützung während der Corona Pandemie, durch das Projekt „Brücke in den Alltag“

Name, Vorname _____
 Geburtsdatum _____
 Adresse _____
 Telefonnummer _____

Während der Corona-Pandemie möchte ich gerne weiterhin Besuche, Spaziergänge und kleine Handreichungen erhalten.

Die zurzeit allgemein geltenden Hygieneregeln werde ich, soweit es mir möglich ist, einhalten. Die Lotsenstelle von „Brücke in den Alltag“ informiere ich umgehend, bei Erkältungssymptomen oder Kontakten mit an Corona infizierten oder erkrankten Personen.

_____ Datum _____ Unterschrift – Klient*in

Referat für Chancengleichheit, Teilhabe und Gesundheit | Martinstraße 5 | 70794 Filderstadt
 Gesundheit vor Ort **Petra Kümmel** | Telefon 0711 7003 - 376 | Fax 0711 7003 - 7376 | pkuemmel@filderstadt.de
Nina Reckziegel | Telefon 0711 7003 - 368 | Fax 0711 7003 - 7368 | nreckziegel@filderstadt.de

Name/Vorname _____
 Geburtsdatum _____



Blaylock Risiko Assessment Score (modifizierter BRASS-Index)

Alter	< 55 Jahre	0	Funktionaler Status	selbständig bei Aktivitäten des täglichen Lebens	0
	55-64 Jahre	1		unselbständig bei:	
	65- 79 Jahre	2		Essen/Trinken	1
	80 und mehr Jahre	3		Baden/Duschen/Körperpflege	1
Lebenssituation	lebt nur mit Ehepartner zusammen	0	Lebenssituation	Toilettengang	1
	lebt mit Familie zusammen	1		Nehmen/Tragen/Geben von Gegenständen	1
	lebt allein, mit familiärer Unterstützung	2		Inkontinenz der Blase	1
	lebt allein. Unterstützung durch Freundeskreis	3		Inkontinenz des Darms	1
	lebt allein, ohne jegliche Unterstützung	4		Essenszubereitung	1
	lebt in Pflege- oder Seniorenheim	5		eigenverantwortlicher Arzneimittelaufnahme	1
	keine in den letzten 3 Monaten	0		Regelung der eigenen Finanzen	1
	eine in den letzten 3 Monaten	1		Lebensmitteleinkäufe	1
Anzahl der (Notfall-) Krankenhaus-einweisungen	zwei in den letzten 3 Monaten	2	Verhaltensmuster	Nutzung von Beförderungsmitteln	1
	> zweimal in den letzten 3 Monaten	3		Situationsgerecht/adäquat	0
	bis zu drei medizinische Probleme	0		wechselhaft	1
	drei bis fünf medizinische Probleme	1		agitiert	1
Anzahl der aktuellen med. Probleme	mehr als fünf medizinische Probleme	2	Mobilität	verwirrt	1
	weniger als drei Medikamente	0		anderweitig auffällig	1
	drei bis fünf Medikamente	1		gehfähig	0
Bewusstseinsgrad	mehr als fünf Medikamente	2	Sensorische Defizite	gehfähig mit mechanischen Hilfsmitteln	1
	orientiert (Person, Ort, sich, Zeit)	0		gehfähig mit menschlicher Unterstützung	2
	teilweise teil-desorientiert	1		nicht gehfähig	3
	immer teil-desorientiert	2		keine	0
	zeitweise vollkommen desorientiert	3		Sehschwäche/-störung oder Hörschwäche/-störung	1
	immer vollkommen desorientiert	4		Sehschwäche/-störung und Hörschwäche/-störung	2
komatös	5				

Scoring Index

0-10	Risiko hinsichtlich häuslicher Pflege
11-19	Risiko hinsichtlich Entlassplanung/Anschlussversorgungsbedarf
20+	Risiko hinsichtlich anderweitiger Unterbringung als Zuhause

Wenn Score gleich **9 oder größer**, vorsehen des Patienten für **das strukturierte Entlassmanagement** nach § 39 Abs. 1 S. 9 SGB V (Voraussetzung: schriftliche Aufklärung und schriftliches Einverständnis)

modifiziert nach Blaylock A (J Gerontol Nurs. 1992;18: 5-10) / übersetzt und ergänzt von Dr. G. Schwarzmann (UKW)



Unterlagen bürgerschaftlich Engagierte

Vereinbarung „Brücke in den Alltag“

Zwischen dem Projekt Gesundheit vor Ort gemeinsam Gestalten „Brücke in den Alltag“ der Stadt Filderstadt vertreten durch die Lotsin des Projektes- nachfolgend Träger genannt - und

Name, Vorname _____
 Geburtsdatum _____
 Adresse _____
 Email und Tel. _____
 Bankverbindung/ Iban/Bank _____

- nachfolgend ehrenamtlich Engagierte/ ehrenamtlich Engagierter genannt - wird die folgende Vereinbarung geschlossen:

1. Herr/Frau XXX erklärt sich bereit, ab auf Bitte des Trägers als ehrenamtlich Engagierter tätig zu werden. Für jede Tätigkeit gelten die in dieser Vereinbarung getroffenen Regelungen. Beiderseits ist eine Beendigung der Tätigkeit mit einer Frist von zwei Wochen zum Monatsende möglich.
2. Ein Arbeitsverhältnis wird durch die Vereinbarung nicht begründet. Die Regelungen des Tarifvertrages finden keine Anwendung.
3. Der Einsatz erfolgt nach Absprache, der zeitliche Umfang liegt in der Regel nicht über 10 Stunden in der Woche. Art, Umfang und Inhalt des Einsatzes werden im gegenseitigen Einvernehmen zwischen ehrenamtlich Engagierten und der Lotsin des Projektes „Brücke in den Alltag“ festgelegt.

Die/Der ehrenamtlich Engagierte informiert die Lotsin über Veränderungen, die sich während des Einsatzes ergeben. Sofern ein vereinbarter Einsatz nicht wahrgenommen werden kann, ist die Lotsin unverzüglich zu verständigen.



4. Fahrtkostenregelung

Die anfallenden Fahrtkosten zwischen der Wohnung der Engagierten und dem Einsatzort und zurück werden mit 0,30 € pro gefahrenem Kilometer erstattet.

Bei Fahrten mit öffentlichen Verkehrsmitteln wird gegen Vorlage des Fahrscheines der Fahrpreis erstattet.

5. Während des Einsatzes besteht für die ehrenamtlich Engagierten Unfall- und Haftpflichtversicherungsschutz über die vom Träger abgeschlossene Unfall – und Haftpflichtversicherung. Eingetretene Schäden sind dem Träger unverzüglich zu melden.

6. Es ist nicht gestattet, im Rahmen dieser Tätigkeit Geschenke oder Vermögensvorteile entgegenzunehmen. Ausgenommen sind kleine Sachgeschenke, mit denen die Klient*innen ihre Dankbarkeit zum Ausdruck bringen möchten. Es ist dabei zu beachten, dass der Wert der Geschenke, die jeweiligen steuerlichen Freigrenzen nicht überschreiten.

7. Die/Der ehrenamtlich Engagierte ist zur Verschwiegenheit in Bezug auf alle im Zusammenhang mit der Tätigkeit erlangten Informationen verpflichtet. Die Schweigepflichterklärung ist Bestandteil dieser Vereinbarung - siehe Anlage.

Die/Der ehrenamtlich Engagierte ist damit einverstanden, dass personenbezogene Daten ausschließlich für verwaltungsinterne Zwecke und einsatzbezogene Belange gespeichert und automatisch verarbeitet werden. Im Übrigen gelten die gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz.

8. In Zeiten der Corona-Pandemie gelten aktuellen die Regeln und Vorschriften des Landes Baden-Württemberg (Landesverordnung für Langzeitpflege) – siehe Anlage

9. Diese Vereinbarung ist Grundlage für jeden Einsatz.

10. Vertragsänderungen

Mündliche Nebenabreden bestehen nicht. Änderungen und Ergänzungen dieser Vereinbarung bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform.

Ort/Datum

Ort/Datum

(Lotsin „Brücke in den Alltag“)

(ehrenamtlich Engagierte)

Referat für Chancengleichheit, Teilhabe und Gesundheit | Martinstraße 5 | 70794 Filderstadt

Gesundheit vor Ort **Petra Kümmel** | Telefon 0711 7003 - 376 | Fax 0711 7003 - 7376 | pkuemmel@filderstadt.de
Nina Reckziegel | Telefon 0711 7003 - 368 | Fax 0711 7003 - 7368 | nreckziegel@filderstadt.de

Stadt Filderstadt Projekt „Gesundheit vor Ort gemeinsam gestalten – Brücke in den Alltag“

Schweigepflichterklärung

Frau/Herr XXX als ehrenamtlich Engagierte/r verpflichtet sich, über alle seine aufgrund seiner Tätigkeit bekanntwerdenden dienstlichen Belange Stillschweigen zu bewahren.

Die Verpflichtung zur Verschwiegenheit besteht auch nach Beendigung der Tätigkeit fort. Sie gilt ebenso über den Tod der betreffenden Personen hinaus.

Grundsätzlich gilt, dass keine außenstehende Person (auch nicht Ehegatten, Freunde, Angehörige) Kenntnis von persönlichen Informationen der begleiteten Person erhalten dürfen.

Dazu gehören, die Klienten*innen, wie auch deren Angehörige betreffend:

- persönliche Daten
- Krankheitsbilder
- Geschichte
- finanzielle Verhältnisse
- Charaktermerkmale
- körperliche Besonderheiten
- auffällige Verhaltensweisen

Zur Verschwiegenheitspflicht gehört nicht nur das Stillschweigen über bestimmte Informationen, sondern auch die organisatorische Verhinderung dessen, dass unbefugte Personen diese Daten einsehen können.

Das offene Liegenlassen von Einsatzprotokollen, wie auch achtlose Bemerkungen vor Dritten über andere Personen sind durch die Schweigepflicht untersagt.

Die Stadt Filderstadt im Rahmen des Projektes „Brücke in den Alltag“ behält sich vor, im Falle des vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Verstoßes gerichtliche Schritte gegen die ehrenamtlich Engagierte einzuleiten.

Datum

Unterschrift – Klient*in

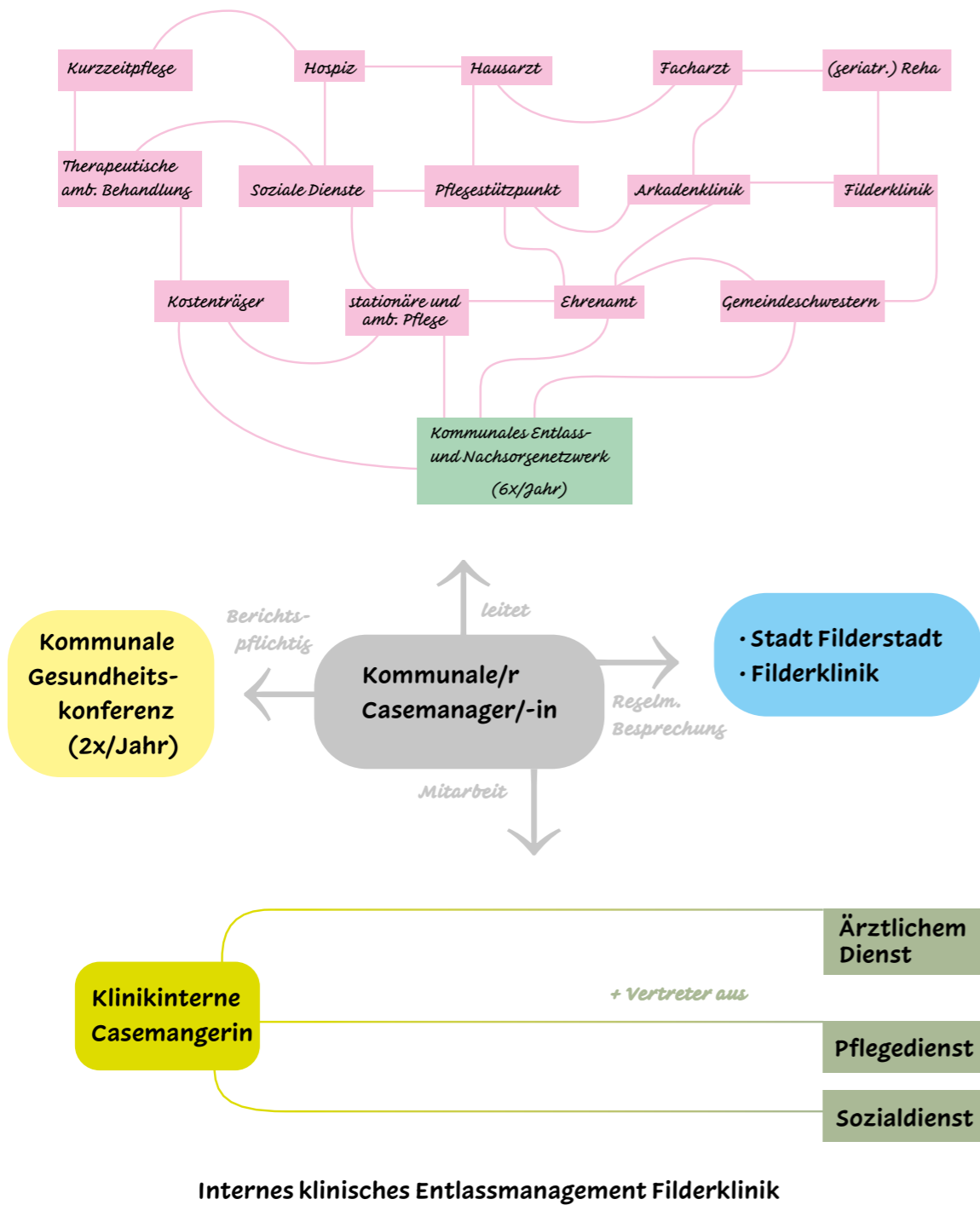
Referat für Chancengleichheit, Teilhabe und Gesundheit | Martinstraße 5 | 70794 Filderstadt

Gesundheit vor Ort **Petra Kümmel** | Telefon 0711 7003 - 376 | Fax 0711 7003 - 7376 | pkuemmel@filderstadt.de
Nina Reckziegel | Telefon 0711 7003 - 368 | Fax 0711 7003 - 7368 | nreckziegel@filderstadt.de

Gesundheit vor Ort gemeinsam Gestalten
 – praxisorientierte Versorgung nach dem Aufenthalt in der Filderklinik



Projektmatrix - Kommunales sektorenübergreifendes Entlass- und Nachsorgenetzwerk



Internes klinisches Entlassmanagement Filderklinik

ERGEBNISSE Fragebogen 2020 zur Versorgung Älterer in Filderstadt

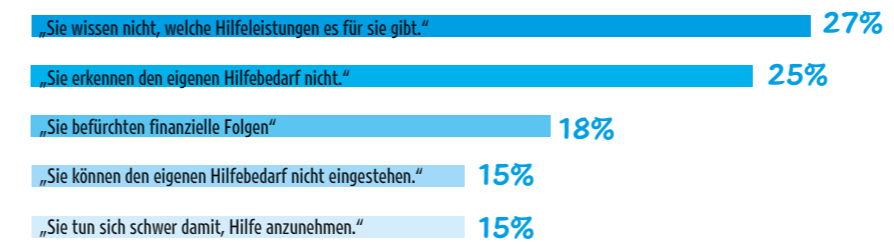


Einleitung: Das Modellprojekt „Gesundheit vor Ort gemeinsam gestalten“ (Zeitraum 10/2003/22) untersucht die intersektoralen Versorgungsstrukturen und die Versorgungslandschaft für ältere Menschen in Filderstadt. Im Zuge dessen fand im Vorfeld der Kommunalen Gesundheitskonferenz eine kleine Befragung der vor Ort tätigen Gesundheitsakteur*innen statt.

Ziele der Befragung: Bewertung „Drehtüreffekt“ | Einschätzung zur Zusammenarbeit | Charakterisierung eines Versorgungsnetzwerkes

Vorgehen: Schriftliche Befragung via eMail | Brief | Fax

Frage 1 „Was denken Sie, woran liegt es, dass ältere Menschen wenig Hilfe in Anspruch nehmen?“ Ankreuzfrage



Frage 2 „Erleben Sie selbst bei älteren Menschen den so genannten „Drehtür Effekt?“

Median: „stimmt mittelmäßig“

Frage 3 „Woran würden Sie merken, dass das Netzwerk gut funktioniert?“



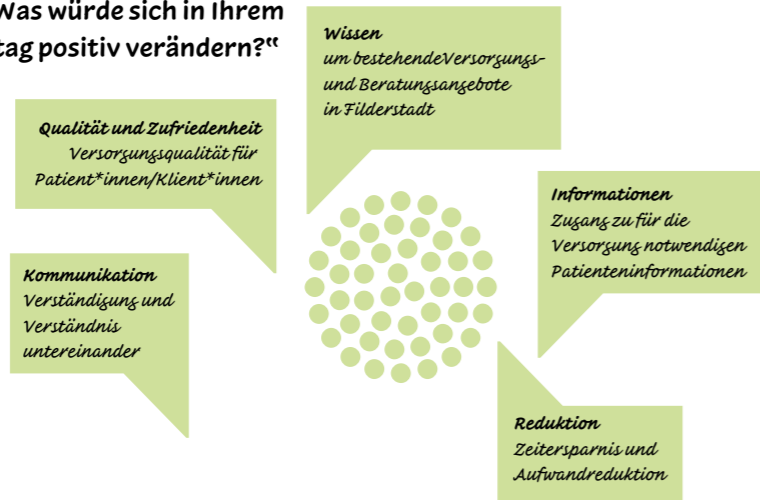
ERGEBNISSE Fragebogen 2020 zur Versorgung Älterer in Filderstadt



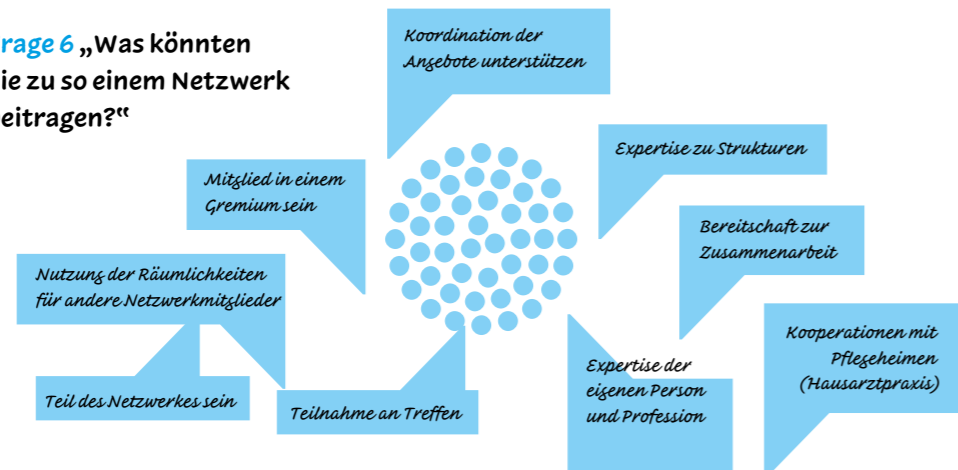
Frage 4 An welchen Themen könnte ein sektorenübergreifendes Netzwerk arbeiten?



Frage 5 „Was würde sich in Ihrem Berufsalltag positiv verändern?“



Frage 6 „Was könnten Sie zu so einem Netzwerk beitragen?“



Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1 4 Strategien der Umsetzung
- Abb. 2 Merkmale der fallbezogenen Begleitung „Brücke in den Alltag“
- Abb. 3 Begleitung bei „Brücke in den Alltag“
- Abb. 4 Partner*innen in der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit
- Abb. 5 Postkarte zur Website
- Abb. 6 Flyer „Aktivitäten rund um Bonlanden“ – Gesundheitsdialoge
- Abb. 7 Merkmale des Angebots „Brücke in den Alltag“
- Abb. 8 Verfahren in Anlehnung an Casemanagementkonzepte
- Abb. 9 Verfahren der Zuweisung
- Abb. 10 Begleitung durch bürgerschaftlich Engagierte
- Abb. 11 Typische Bedarfe in der Nachsorgesituation
- Abb. 12 Ergebnisse des BRASS Index
- Abb. 13 Einschränkungen bei der Hauptgruppe der begleiteten Klient*innen
- Abb. 14 Spaziergänge und Einkäufe
- Abb. 15 Handlungsfelder in der sektorenübergreifenden Versorgung
- Abb. 16 Anbahnung der intersektoralen Zusammenarbeit Formate und Maßnahmen
- Abb. 17 Einschätzungen zum Aufbau eines sektorenübergreifenden Netzwerkes
- Abb. 18 Ein Thema der Zusammenarbeit in Filderstadt Digitalisierung
- Abb. 19 Bedarfe aus Sicht der Gesundheitsakteur*innen
- Abb. 20 Handlungsvorschläge zu Zielgruppen und Infrastruktur
- Abb. 21 Schritte in der weiteren Zusammenarbeit
- Abb. 22 Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich
- Abb. 23 Hemmfaktoren
- Abb. 24 Die 4 Bausteine des sektorenübergreifenden Versorgungskonzeptes (MSIG, 2018).
- Abb. 25 Die Website www.gut-versorgt-in-filderstadt.de
- Abb. 26 Alles im Überblick
- Abb. 27 Banner im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit
- Abb. 28 Gesundheitsdialog in Kooperation
- Abb. 29 Mittwochsgespräche
- Abb. 30 Gunstfaktoren für Gesundheitsdialoge
- Abb. 31 Gesundheitsdialoge
- Abb. 32 Alterssimulationsanzug
- Abb. 33 Informationsbedarfe zur elektronischen Patientenakte
- Abb. 34 „Brücke in den Alltag“
- Abb. 35 Netzwerkkarte Kooperationen im Projekt „Gesundheit vor Ort“
- Abb. 36 Impressionen zur Gesundheitskonferenz 2021
- Abb. 37 Vorteile aus der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit für Verwaltung und Klinik
- Abb. 38 Herausforderungen aus der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit für Verwaltung und Klinik
- Abb. 39 Stadtteiltreffen in Bonlanden
- Abb. 40 Qualität der Netzwerke
- Abb. 41 Verteilung der Begleitungen in den 5 Stadtteilen Filderstadts
- Abb. 42 Vergleich der Gruppen externer und Filderstädter Patient*innen hinsichtlich Alter
- Abb. 43 Vergleich der Gruppen externer und Filderstädter Patient*innen hinsichtlich Diagnosen
- Abb. 44 Häufigkeit der Klinikaufenthalte - Drehtüreffekt

Literaturverzeichnis

Baylock, A.; Cason C. (1992). BRASS-Index: Blaylock-Risk-Assesment-Screening. USA.

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (2018). Health Literacy / Gesundheitskompetenz. Zugriff am 17.01.2022 auf www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/health-literacy-gesundheitskompetenz/.

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) (2022). Gesundheitsinformation.de. Verstehen.

Abwägen. Entscheiden. Zugriff am 17.01.2022 auf: www.gesundheitsinformation.de/glossar/health-literacy.html

Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (2014). Handlungsempfehlung zur Bürgerbeteiligung bei Gesundheitsthemen.

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg

Kontakt (2018). Sektorenübergreifende Versorgung in Baden-Württemberg. Modellprojekt · Handreichung und Zusammenfassung. Zugriff am 17.01.2022 auf https://www.gesundheitsdialog-bw.de/fileadmin/media/Modellprojekt_SueV/Sektoreuebergreifende-Versorgung_barrierefrei.pdf.

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg

Kontakt (2022). Gesundheitsdialog Baden-Württemberg. Zugriff am 17.01.2022 auf: www.gesundheitsdialog-bw.de/gesundheitsdialog/.

Referat für Chancengleichheit, Teilhabe und Gesundheit (2019).

Beschlussvorlage 0351/2019 - Gesundheit vor Ort gemeinsam Gestalten – Praxisorientierte Versorgung nach dem Aufenthalt in der Filderklinik

Referat für Chancengleichheit, Teilhabe und Gesundheit (2020). Quartier 2020. Gemeinsam.

Gestalten. Das Schaufenster – Quartiersladen in Sielmingen.

Referat für Chancengleichheit, Teilhabe und Gesundheit (2021).

Beschlussvorlage 0233/2021 - Quartiersentwicklung und dezentrale Primärversorgung.

Robert Bosch Stiftung GmbH (2021). Neustart! Zukunftsagenda – für Gesundheit, Partizipation und Gemeinwohl.

Sørensen K. et al. (2021). HLS-EU Consortium: Health Literacy and Public Health: A Systematic

Review and Integration of Definitions and Models. BMC Public Health 12(1):1–13.

Stadt Filderstadt, Amt 40 (2020). Älter werden in Filderstadt: Hilfe und Pflege.

Bildnachweis

Abb. 3 | Begleitung bei „Brücke in den Alltag“ - Robert Kneschke - stock.adobe.com

Abb. 8 | Begleitung durch bürgerschaftlich Engagierte - iStock.com/Daisy-Daisy

Abb. 14 | Spaziergänge und Einkäufe - Viacheslav Lakobchuk - stock.adobe.com

Abb. 18 | Ein Thema der Zusammenarbeit in Filderstadt: Digitalisierung - iStock.com/Cecilie_Arcus

Abb. 21 | Zusammenarbeit im Gesundheitsbereich - iStock.com/Cecilie_Arcus

Abb. 30 | Gesundheitsdialoge - iStock.com/skymesh

Abb. 33 | „Brücke in den Alltag“ - Monkey Business - stock.adobe.com



Impressum

Herausgeberin

Stadt Filderstadt

Referat für Chancengleichheit,
Teilhabe und Gesundheit

Bonländer Hauptstr. 32

70794 Filderstadt

chancengleichheit@filderstadt.de

www.filderstadt.de

Text | **Dipl.-Psych. Iren Steiner,**

Dr. Susanne Omran unter Mitarbeit von

Nina Reckziegel

Redaktion | **Angela Wolber**

Layout | **Matthias Wieber** | www.matthiaswieber.de

Stand | Juni 2022

Stadtverwaltung Filderstadt
Referat für Chancengleichheit,
Teilhabe und Gesundheit

Dr. Susanne Omran
chancengleichheit@filderstadt.de

Telefon 0711 7003 - 2511
chancengleichheit@filderstadt.de
www.filderstadt.de



FILDERSTADT

*Eine Stadt.
Viele Möglichkeiten.*



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT UND INTEGRATION

Unterstützt durch das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration aus Landesmitteln, die der Landtag von Baden-Württemberg beschlossen hat.