3 „Einstieg in ein Versorgungsnetzwerk durch koordinierten Austausch und freiwillige, verbindliche Zusammenarbeit“

Zusammenarbeit und Abstimmung mit professionellen Akteur*innen der Gesundheit und Versorgung schaffen Synergien. Im Projektverbund erfolgt bereits eine enge Zusammenarbeit mit der Filderklinik zum Aufbau des Casemanagement und lokaler Gesundheitsförderung. Die Lotsenstelle hat die Aufgabe, dieses Zusammenwirken zu verstetigen, auszuweiten und zu systematisieren. Mit den kommunalen Beratungsdiensten und interessierten Hausärzt*innen wird gezielt fallbezogene Zusammenarbeit und Vermittlung entwickelt, erprobt und ausgewertet. Die kommunale Gesundheitskonferenz stellt eine zentrale Plattform für Information und Austausch dar. Die Lotsenstelle übernimmt geschäftsführende Aufgaben und sorgt für Berichterstattung.

4 „Kompetent in eigener Sache durch Gesundheitsdialoge vor Ort“

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 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.

Laufzeit: 4. November 2019 - 31. Dezember 2021
(Unter Mitwirkung von Dipl. Psych. Iren Steiner)

KONTAKT

Stadtverwaltung Filderstadt
Referat für Chancengleichheit,
Teilhabe und Gesundheit

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

Dr. Susanne Omran
Martinstraße 5
70794 Filderstadt

Telefon 0711 / 70 03 - 25 11
somran@filderstadt.de
www.filderstadt.de

Projektmitarbeiterin
Jasmin Fritz

In Zusammenarbeit mit der Filderklinik.

FILDERSTADT
Eine Stadt.
Viele Möglichkeiten.

Baden-Württemberg
MINISTERIUM FÜR SOZIALES UND INTEGRATION

Dieses Projekt wird vom Ministerium für Soziales und Integration aus Mitteln des Landes Baden-Württemberg gefördert.

In Kooperation mit:

Die Filderklinik

REFERAT FÜR CHANCENGLEICHHEIT,
TEILHABE UND GESUNDHEIT

Gesundheit vor Ort gemeinsam Gestalten – praxisorientierte Versorgung

FILDERSTADT
Eine Stadt.
Viele Möglichkeiten.

Das Projekt

Das Referat für Chancengleichheit, Teilhabe und Gesundheit baut mit seiner Lotsenfunktion ein sektorenübergreifendes Netzwerk zur Versorgung aus einer Hand auf, damit die Prozesse bedarfsgerecht, ziel- und zeitgenau zum Wohle der Patient*innen ablaufen können.

Mit dem Projekt „Gesundheit vor Ort gemeinsam Gestalten – praxisorientierte Versorgung nach dem Aufenthalt in der Filderklinik“ will Filderstadt in Zusammenarbeit mit der Filderklinik und lokalen Gesundheitsakteur*innen die klinische Nachsorge, ortsbezogen und kooperativ, für ältere Menschen weiterentwickeln. Erste Erhebungen bei den entlassenen Patient*innen der Filderklinik zeigen folgende Problemlagen:

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

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

Aus den bisherigen Erkenntnissen im Rahmen der Erkundungsphase haben sich **drei** Arbeitshypothesen ergeben:

① 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 selbstständigen Lebensführung aus. U.a. entsteht die Gefahr eines Drehtüreffekts mit erneuter stationärer Aufnahme oder sogar die Aufgabe der selbstständigen Lebensführung.

② Die Wirksamkeit und Synergien einzelner professioneller Interventionen und Angebote kann verstetigt und verbessert werden durch koordiniertes und kontinuierliches Zusammenwirken im Blick auf Wissens- und Informationsaustausch sowie Fragen der Gesundheitsplanung mit angestrebter Vernetzung.

③ Präventiv kann die Bewältigungskompetenz der Klient*innen durch wohnortnahe Maßnahmen der Aufklärung, Information und Gesundheitsförderung auch in gesunden Zeiten aktiviert werden und damit zu einer verbesserten Resilienz beitragen.

Die praktische Ausgestaltung der Projektmaßnahmen bezieht sich auf diese Arbeitshypothesen. Sie konzentriert sich auf Verbesserungen in den Bereichen emotionale Unterstützung und informativer Support für Personen.

Es geht um Bedarfe und Zugänglichkeit von Information sowie die Förderung von Kommunikation, Koordination und Zusammenarbeit unter den Gesundheits- und Versorgungsakteur*innen in Filderstadt.

Die Mission des Projekts:

Mehr Möglichkeiten für Filderstadt bei der achtsamen Versorgung und Unterstützung Älterer

In Filderstadt zählt die Weiterentwicklung der gesundheitlichen Versorgungsinfrastruktur für seine Bürger*innen. Das Referat für Chancengleichheit, Teilhabe und Gesundheit arbeitet bereits schwerpunktmäßig mit Projekten wie bspw. in der Quartiersentwicklung und stützt sich auf beteiligende Arbeitsweisen in der Zusammenarbeit mit Bürger*innen und professionellen Kooperationspartner*innen. Die Gesundheitskonferenz, die 2019 erstmals durchgeführt wurde, wird vom Oberbürgermeister Christoph Traub einberufen.

Mit dem Projekt „Gesundheit vor Ort gemeinsam Gestalten – praxisorientierte Versorgung nach dem Aufenthalt in der Filderklinik“ wird das Referat eine Lotsenstelle bis Ende 2021 einrichten, die sich um Verbesserungen der wohnortnahen Versorgung und Unterstützung Älterer sowie der Vernetzung professioneller Akteur*innen von Gesundheit und Versorgung kümmert. Sie ist mit zwei Mitarbeiterinnen in Teilzeit besetzt.

„Gesundheit vor Ort gemeinsam Gestalten“ setzt auf lokale Verbesserungen durch eine Kombination von Interventionen. Es geht um Unterstützung, die im Alltag wirkt und bei den Betroffenen ankommt. Es geht um mehr Transparenz durch umfassendere Informationssysteme für alle Beteiligten. Es kommt auf engere Verbindungen, kurze Wege und Austausch zwischen den Gesundheitsakteur*innen an.

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

Die Bausteine: Vier Pfade der Umsetzung

① „Nachsorge durch Brücken in die Häuslichkeit mit Hilfe zeitlich begrenzter, zugehender Fallbegleitung und Koordination weiterer Unterstützung“

Für die Klient*innen wird ein engmaschiges Begleitungs- und Vermittlungssystem auf der Grundlage direkter Klientenzuweisung durch Klinik oder Hausarzt erprobt. Es bietet zugehende Unterstützung auf Zeit für Ältere und ihre Familien nach Aufenthalt in der Filderklinik und nach akuten Behandlungen. Es kann durch gezielte Vermittlung mit örtlichen Gesundheitsakteur*innen notwendige Ressourcen erschließen. Die Arbeitsweise orientiert sich am Konzept von 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 Dienstleistungen.

Für die Nachversorgung wird ein Hilfenetzwerk mit qualifizierten, bürgerschaftlich engagierten Personen aufgebaut, idealerweise im engen nachbarschaftlichen Umfeld, bzw. im Quartier.Durch professionelle und bürgerschaftliche Lotsendienste gewinnen Ältere und ihre Familien, Ärzte und Beratungskräfte in Filderstadt mehr Ressourcen für Nachsorge und Begleitung. Dadurch sollen Risikosituationen minimiert werden.

② Qualität in der Versorgung durch verbesserte Information“

Den professionellen Gesundheitsakteur*innen werden systematische Informationen zur Versorgungslandschaft zur Verfügung gestellt und mit ihnen weiterentwickelt. Der Zugang zu Informationen wird erleichtert. Mit einer attraktiven und einfachen Informationsplattform samt Datenbank zu Versorgungs- und Unterstützungsangeboten für Nutzer*innen und professionellen Stakeholdern wird die Informationsinfrastruktur verbessert. Die Lotsenstelle erkundet und informiert über Bedarfe Älterer und Schwachstellen in den Versorgungs- und Unterstützungspfaden in Filderstadt.