



ISG · Institut für  
Soziale Gesundheit

SEVERAM



Katholische Hochschule  
für Sozialwesen Berlin

**Ulrich Binner, Judith Hennig, Karlheinz Ortman,  
Jenny Zirnstein, Ralf-Bruno Zimmermann**

Institut für Soziale Gesundheit

# **Versorgungsprobleme älterer Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt**

Vortrag im Rahmen des Forum 1 - Sektorenübergreifende Versorgung -  
Analyse und Lösungsansätze

**DVSG-Bundeskongress 2011**

**Soziale Arbeit im Gesundheitswesen**  
Ressourcen nutzen - Potentiale entfalten



## **Gliederung des Vortrages:**

- 1) Vorstellung des Projekts SEVERAM
- 2) Vorstellung Herr Paul
- 3) Das Biopsychosoziale Modell
- 4) Fallanalyse
- 5) Fallkonferenzen



ISG · Institut für  
Soziale Gesundheit

SEVERAM



Katholische Hochschule  
für Sozialwesen Berlin

# **1) Vorstellung des Projekts SEVERAM**



ISG · Institut für  
Soziale Gesundheit

SEVERAM



Katholische Hochschule  
für Sozialwesen Berlin

# Entwicklung und Etablierung der sektorenübergreifenden Versorgung älterer Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt in Potsdam (SEVERAM)

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium  
für Bildung  
und Forschung



## **Projektziele:**

- Entwicklung und Etablierung eines Versorgungsmanagements für ältere Menschen nach einem Krankenhausaufenthalt in Potsdam und in der Region
- Evaluation (und Ergänzung bzw. Optimierung) der bestehenden Versorgungssituation
- Einbindung des Netzwerks „Älterwerden in der Landeshauptstadt Potsdam“ in das Forschungsvorhaben
- Systematische Erfassung und Beachtung der individuellen Bedürfnisse und Bedarfe der Betroffenen und ihres sozialen Umfeldes
- Verbesserung transdisziplinärer bzw. kooperativer Denk-, Kommunikations- und Vorgehensweisen
- Identifizierung ethischer Dilemmata



## **Forschungseinrichtung:**

Institut für Soziale Gesundheit

Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin  
(KHSB)

## **Projektleitung:**

Prof. Dr. R.-B. Zimmermann, Prof. Dr. K. Ortman

## **Kooperationspartner:**

St. Josefs-Krankenhaus Potsdam-Sanssouci (SJKP)

## **Forschungsteam:**

Drei wissenschaftliche Mitarbeiter mit jeweils 50%  
RAZ



## **Finanzierung:**

Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen des Demografie-Schwerpunktes: Forschung an Fachhochschulen für die alternde Gesellschaft Pilot-Förderrunde „*Soziale Innovationen für Lebensqualität im Alter*“ (SILQUA-FH). Der Kooperationspartner, das St. Josefs-Krankenhaus Potsdam-Sanssouci, steuert einen Anteil von 20% der Fördersumme hinzu.

## **Laufzeit:**

Mai 2009 bis April 2012



## **Forschungsverlauf:**

- Teilnehmende Beobachtung
- Experteninterviews zur Versorgungslage in der Region (erste Meilensteinkonferenz)
- Analyse von Krankenhausdokumentationsdaten
- Fallbegleitungen und Fallanalysen (zweite Meilensteinkonferenz)
- Fallkonferenzen



## Fallbegleitungen:

- Die Datenerhebung erfolgt entlang ausgewählter *Fälle* mit bestimmten somatopsychosozialen Problemstellungen, deren Versorgungsverlauf im Krankenhaus und nach der Entlassung vom Forschungsteam begleitet, dokumentiert und analysiert wird. Dabei werden im Zeitverlauf jeweils von allen am *Fall* beteiligten Akteuren (eben auch den informellen bzw. nicht-professionellen) Daten erhoben, aus denen gefolgert werden kann, wie sich das Versorgungsgeschehen in diesem *Fall* entwickelt hat.



### **Auswahlkriterien:**

- Fällen, die als schwierig und potentiell von Versorgungsbrüchen bedroht eingeschätzt werden (Sozialdienst, Pflegedienst).
- Älter als 60 Jahre
- einen Versorgungsbedarf nach Krankenhausaufenthalt (sowohl neu entstandener als auch veränderter Versorgungsbedarf)
- pflegebedürftig im Sinne der Pflegeversicherung (auch laufende Beantragung)

### **Weitere Indikatoren (Ergebnisse erste Meilensteinkonferenz):**

- Multimorbidität
- Chronische Erkrankung
- Demenz
- Ungeklärte soziale Probleme
- Depression



ISG · Institut für  
Soziale Gesundheit

SEVERAM



Katholische Hochschule  
für Sozialwesen Berlin

## **2) Vorstellung Herr Paul**



### Hauptdiagnosen:

- **I50.9** Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet; **R60.0** Beinödem; **I50.00** Primäre Rechtsherzinsuffizienz; **I27.9** Cor pulmonale (chronisch) o.n.A.

### Nebendiagnosen:

- **E87.6** Hypokaliämie; **N50.8** Ödem Vesicula seminalis, Funiculus spermaticus, Hoden, Skrotum, Tunica vaginalis testis und Ductus deferens; **N30.0** Akute Zystitis; **B95.5!** Nicht näher bezeichnete Streptokokken als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind; **I48.10** Paroxysmales Vorhofflimmern; **E11.72** Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes] mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet; **J44.89** Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenerkrankung; **I87.2** Chronisch-venöse Insuffizienz Grad II; **E66.02** Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr, Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr; **N18.3** Chronische Nierenerkrankung, Stadium 3; **M19.01** Primäre Omarthrose; **I25.13** Atherosklerotische Herzkrankheit, Drei-Gefäßerkrankung; **Z95.0** Vorhandensein eines implantierten Herzschrittmachers



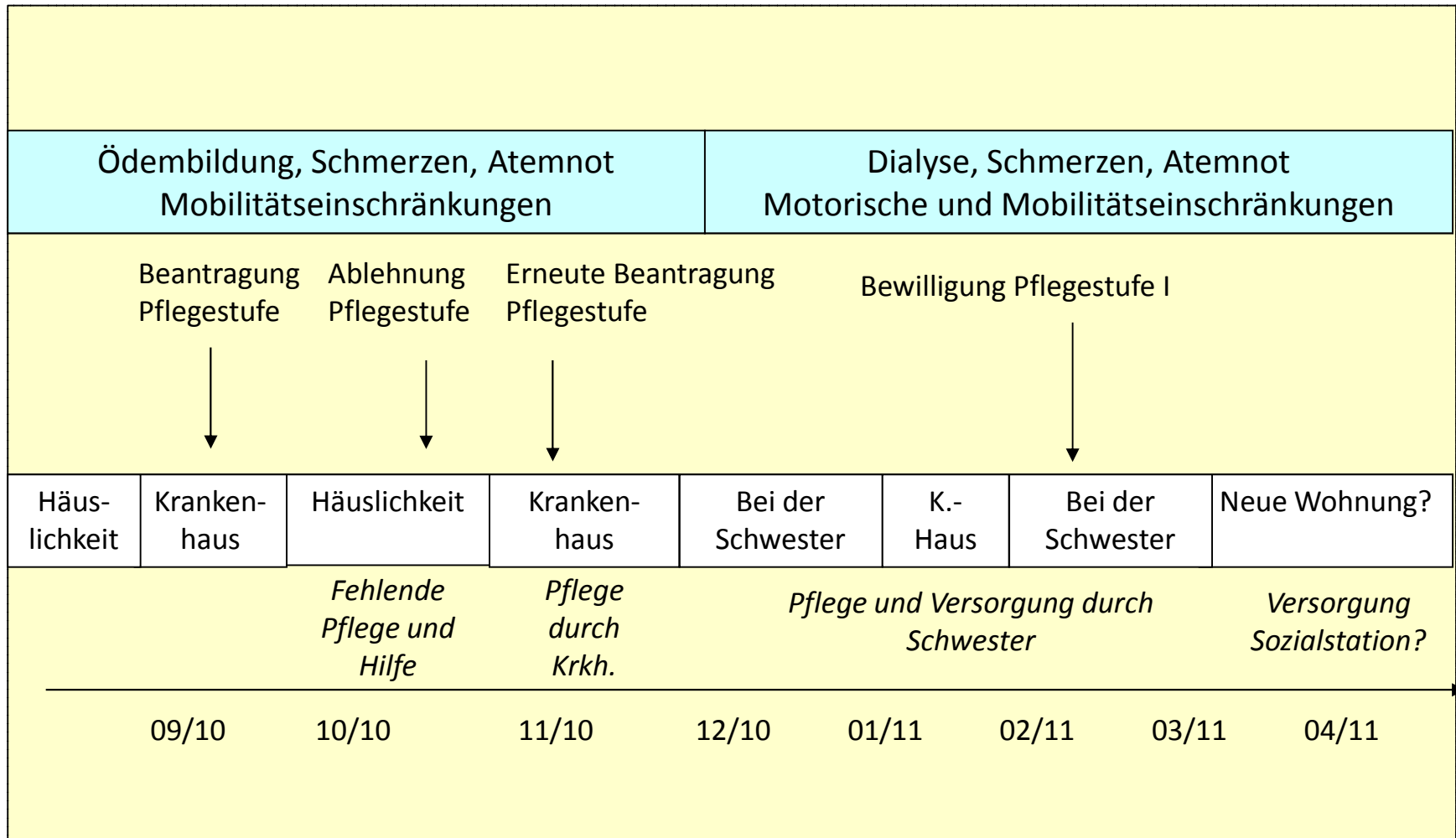
## **Sozialdaten:**

- Jahrgang 1947
- Alleinstehend, lebt alleine
- Drei erwachsene Kinder (Ruhrgebiet, Berlin, Teltow), Kontakt besteht nur zur zwei Kindern
- Geschwister in Potsdam (Bruder und Schwester)
- Rentner (vorzeitiger Ruhestand wegen Erwerbsunfähigkeit)
- Hat als Maurer und Handwerker gearbeitet
- anerkannte Schwerbehinderung GB 60
- Wohnt in kleinem Haus mit Garten in Potsdam



### **Auswahlkriterien:**

- chronischen Erkrankungen (Multimorbidität)
- unklare Entwicklung des Gesundheitszustandes/potentiell schwieriger Fall
- Anpassungsschwierigkeiten/psychische Belastung
- Versorgungsbedarf nach Krankenhausaufenthalt unterschiedlich eingeschätzt, Neuorganisation der Versorgung anscheinend erforderlich
- Pflegestufe beantragt, Anerkennung durch den MDK wahrscheinlich, da starke Einschränkungen in der Leistungsfähigkeit
- Versorgung vorerst hauptsächlich durch Angehörige.
- Versorgung durch Professionelle abhängig von Antragsverfahren
- Soziale Probleme in Bezug auf die Wohnsituation (v.a. Ofenheizung und deren Handhabung)





## **Beginn der Fallbegleitung (September 2010)**

- Kontakt durch Krankenhaussozialdienst nach Krankenhausentlassung
- Die Entlassung erfolgte kurzfristig nach 11 Tagen Aufenthalt
- Durch Sozialdienst während Aufenthalt erfolgt: Neubeantragung Pflegestufe, Hilfsmittel beantragt (Rollator, Badewannenlift, Rollstuhl)
- Versorgung in der Häuslichkeit durch Schwester, Sohn und Nachbarn geplant
- Hauskrankenpflege mit Behandlungspflege beauftragt



## **Situation nach der Entlassung (Oktober 2010)**

- Gesundheitszustand schlecht und Mobilität stark eingeschränkt
- Selbstständige Haushaltsführung und Körperpflege nicht möglich, Wohnräume verwahrlost
- Erhielt nach eigener Aussage kaum Unterstützung im Haushalt und bei Körperpflege durch Angehörige
- Hauskrankenpflege wechselt ausschließlich Kompressionsverbände, keine weitere pflegerische Versorgung
- Ambulante ärztliche Versorgung nicht geregelt
- Kaum eigene finanzielle Ressourcen, Selbstbezahlung von professioneller Unterstützung nicht möglich
- Begutachtung MdK: Ablehnung Pflegestufe



## **Erneuter Krankenhausaufenthalt (November 2010)**

- Erneute Notfallaufnahme, wegen starker Schmerzen durch Herrn Paul initiiert
- Kontakt zum Sozialdienst erfolgte durch Patient am zweiten Aufenthaltstag
- Am fünften Aufenthaltstag Anforderung des Sozialdienstes durch die Station
- Fahrbarer Mittagstisch und Hausnotruf sollte initiiert werden
- SB-Änderungsantrag mit Merkzeichen aufgenommen
- Beratung Hilfe zur Pflege SGB XII
- Wohnsituation voraussichtlich nicht haltbar, da während Krankenhausaufenthalt Heizungshavarie



## **Situation nach der Entlassung (Dezember 2010)**

- Entlassung erfolgte nach einer Verweildauer von 32 Tagen
- Allgemeinzustand verbessert, Einschränkungen weiterhin vorhanden
- Dialyseversorgung nach Entlassung eingerichtet
- Im Krankenhaus komplett pflegerische Versorgung notwendig
- Während des Aufenthaltes wurde die Ablehnung der Pflegestufe bekannt. Erneute Beantragung der Pflegestufe, ebenso Hilfe zur Pflege
- Professionelle häusliche Pflege zur Entlassung (noch) nicht finanzierbar
- Rückkehr in die Häuslichkeit nicht möglich, Schwester nimmt Herrn Paul bei sich auf und sichert vorerst die Übernahme der pflegerischen und organisatorischen Versorgung zu



## Situation Mitte Januar 2011

- Gesamtzustand besser als bei vorigem Kontakt
- Versorgung vorerst durch Schwester in deren Haus sichergestellt, diese ist ab März aber wieder in Arbeit.
- Hauskrankenpflege bislang nur mit Medikamentenstellung beauftragt
- Pflegestufe 1 ist inzwischen anerkannt, Hilfe zur Pflege wird aktuell nicht geleistet (nach Umzug und bei Aufbau eines neuen Pflegesettings zugesichert)
- Deutliche Hinweise auf Depression/Anpassungsstörung
- Eigene Häuslichkeit nicht mehr nutzbar (baulich)
- Herr Paul gibt an, dass er den Überblick über laufende Anträge und die Organisation der Versorgung nicht besitzt



## **Ausblick Anfang Februar 2011**

- Neue Wohnung wird in barrierefreiem Neubau gesucht (Umzug Ende März)
- Versorgung in eigener Wohnung soll durch Sozialstation erfolgen (finanziert durch Pflegestufe und HzP)
- Gesetzlicher Betreuer soll Vertretung vor Behörden und Klärung finanzieller Fragen übernehmen
- Einschaltung des Pflegestützpunkt zur Organisation der Neueinrichtung der Versorgung und des Umzugs angedacht



ISG · Institut für  
Soziale Gesundheit

SEVERAM



Katholische Hochschule  
für Sozialwesen Berlin

# **3) Das biopsychosoziale Modell**



- Menschen werden als biopsychosoziale Einheiten aufgefasst.
- Gesundheitliche Problemlagen lassen sich physiologischen, psychischen und sozialen Systemebenen zuordnen, die miteinander kommunizieren und durch Auf- und Abwärtsbewegungen untrennbar biopsychosozial verwoben sind.



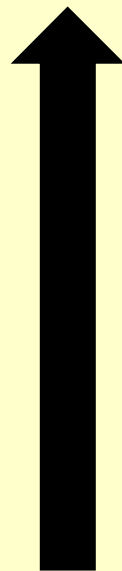
## Auf- und Abwärtseffekte

### Aufwärtseffekt

Schwere soziale  
Probleme

Depression

Beinverlust



Soziale Systemebene

Seele/Psyche

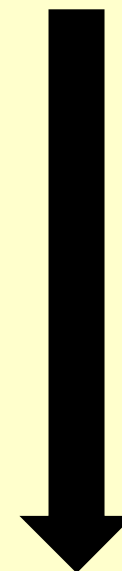
Körper

### Abwärtseffekt

Verlust eines  
Menschen

Depression

Herzerkrankung



Aus: v. Uexküll/Wesiak, 1999



**Die somatischen, psychischen und sozialen Aspekte von Krankheit sind potentiell von gleichrangiger Bedeutung.**



ISG · Institut für  
Soziale Gesundheit

SEVERAM



Katholische Hochschule  
für Sozialwesen Berlin

## 4) Fallanalyse



## **Fallspezifische Probleme**

individuelle Probleme des Patienten, die die Organisation und Einrichtung einer Versorgung erschwert und zum Teil verhindert haben

## **Probleme im Versorgungssystem**

Probleme in Bezug auf Institutionen und Rahmenbedingungen



## **Fallspezifische Probleme**

- Instabiler Gesundheitszustand
- Finanzielle Situation
- Häuslichkeit
- Fehlende Unterstützung
- Unzureichende professionelle Versorgung
- Begrenzte Handlungsmöglichkeiten im Versorgungsverlauf



## **Probleme im Versorgungssystem**

- Wahrnehmungsprobleme
- Kommunikationsprobleme
- Dokumentationsprobleme
- Aushandlungsprobleme
- Koordinationsprobleme
- Prozessprobleme



## Wahrnehmungsprobleme

- Psycho-soziale Problemlagen werden im Krankenhaus durch Ärzte und Pflegepersonal oftmals nicht erkannt
- Psycho-soziale Probleme werden bei der Entlassung aus dem Krankenhaus nicht ausreichend beachtet
- Bedrohlichkeit der Gesamtsituation nach Entlassung wird durch Professionelle der ambulanten Versorgung nicht immer erkannt oder nicht als Handlungsgrund gewertet
- Psychische Konstitution wird nicht ausreichend beachtet/berücksichtigt



**Es fehlen Qualifikationen zur  
Wahrnehmung der Komplexität des  
Falles (bio-psycho-soziales Verstehen)**



## **Kommunikationsprobleme**

Über komplexe Problemlagen wird nicht angemessen kommuniziert:

- zwischen Patienten und Professionellen
- Inter- und intraprofessionell
- Ambulant/stationär
- sektorenübergreifend



**Kommunikation zwischen allen am Fall Beteiligten muss verbessert werden.**



## Dokumentationsprobleme

- Bei der Aufnahme im Krankenhaus erfolgt kein systematisches Assessment psychosozialer Probleme
- Bei der Entlassung erfolgt primär pflegerische und medizinische Überleitung
- Keine standardisiertes Verfahren für den Umgang mit Wiederaufnahmen
- Betroffene und Angehörige dokumentieren Probleme nicht ausreichend für die Anerkennung von Bedarfen durch Leistungsträger



**Es fehlen Instrumente zum systematischen biopsychosozialen Assessment:  
psychosoziale Probleme werden nicht  
angemessen erkannt und nicht  
systematisch professionell gelöst**



## **Aushandlungsprobleme**

- Einschätzung von Pflegebedarf durch begutachtende Stelle bildet nicht den in der Situation bestehenden Bedarf ab (Pflegeversicherung, Sozialhilfeträger)
- Vorgaben der Pflegeversicherung nicht im Einklang mit dem Bedarf Pflegebedürftiger
- Auslegung SGB XII nicht im Sinne des tatsächlichen Bedarfs
- Psychosoziale Probleme sind nicht systematisch Teil des Aushandlungsprozesses
- Angehörige teilen die Einschätzung des Pflegebedarf nicht



**Es bedarf einer sektorenübergreifenden systematischen Aushandlung von Bedarfen und Angeboten**



## **Koordinationsprobleme/Prozessprobleme**

- Es gibt Fälle, bei denen eine Begleitung nach Krankenhausaufenthalt durch Professionelle fehlt
- Es gibt Fälle, bei denen zentrale professionelle Prozessverantwortlichkeit nach Krankenhausaufenthalt notwendig ist
- Es gibt Fälle, bei denen Informationen zu (Beratungs-) Angeboten fehlen
- Es gibt Fälle, bei denen Zuständigkeiten für die im Verlauf aufgetretenen Schwierigkeiten ungeklärt sind



**Es fehlt eine Institution, die den Bedarf an Fallmanagement bis zur Etablierung einer adäquaten Versorgung deckt**



ISG · Institut für  
Soziale Gesundheit

SEVERAM



Katholische Hochschule  
für Sozialwesen Berlin

## 5) Fallkonferenzen



- Durchführung mehrerer Fallkonferenzen im Netzwerk „Älter werden in der Landeshauptstadt Potsdam“
- Unterstützung in der Vorbereitung durch SEVERAM Mitarbeiter
- Moderation durch externe Moderatorin

**Ziel:** Etablierung des Konzeptes im Netzwerk, Weiterführung nach Projektende.



## **Zielsetzung:**

- Fallbezogene Beschreibung und Analyse von Versorgungssituationen aus biopsychosozialer Perspektive
- Fallbezogene Identifizierung und Benennung von Versorgungsproblemen
- Fallbezogene Initiierung von Verbesserungen
- Fallübergreifende Anregungen für die Verbesserung von Versorgung (in einem Gemeinwesen, einer Region)



## Struktur:

- **Fallvorstellung** anhand einer vorbereiteten Strukturvorlage (15 Minuten)
- **Falldiskussion** (ca. 45 Minuten)
- **Wiedervorlage** des zuletzt vorgestellten Falles und Überprüfung der Umsetzung der bisherigen Diskussionsergebnisse (ca. 30 Minuten)
- **Dokumentation:** Die wesentlichen Fakten des Falles werden schriftlich vorgelegt, die Ergebnisse der Diskussion und die Vorschläge zur Umsetzung werden protokolliert. Informationen werden Interessierten zugänglich gemacht



## **Die Fallvorstellung:**

Die Fallvorstellung übernimmt eine vorab benannte Person aus der Praxis, die in dem vorzustellenden Fall involviert ist und bereit ist, ihn vorzustellen :

- Biographische Angaben
- aktuelle Problemlage
  - Körperfunktionen und Beeinträchtigungen
  - Psychische Verfassung
  - Soziale Lage (Familie, Finanzen, Soziale Unterstützung, Teilhabe)
- Bisheriger Fallverlauf/Versorgungsgeschichte
- Am Fall beteiligte Professionelle und Laien
- Aktuelle Versorgungssituation zum Zeitpunkt der Fallkonferenz
- Fallbezogene Probleme und Fragestellungen



## **Falldiskussion:**

- Identifikation der vorliegenden Probleme, die zu Versorgungsschwierigkeiten führen
- Entwicklung von Lösungsansätzen für die vorliegenden Probleme
- Erarbeitung von konkreten Handlungsstrategien:
  - Konkrete Handlungsschritte werden benannt
  - Aufgaben werden verteilt (auch Benennung von Personen, die Aufgaben übernehmen)



## Wiedervorlage

- Die in der vorigen Fallkonferenz zu dem dort vorgestellten Fall erarbeiteten Handlungsstrategien werden als Wiedervorlage überprüft und ggf. erneut modifiziert, wenn der gewünschte Erfolg nicht eingetreten ist.



## Organisation

- Dauer 90 Minuten
- Frequenz: monatlich (bei Bedarf häufiger)
- Die Fallkonferenzen werden moderiert von einem\_r Sozialarbeiter\_in oder einer Pflegefachkraft (muss nicht immer die gleiche Person sein) die nicht an einem zu besprechenden Fall beteiligt sein darf
- Qualifikationen der/des Moderatorin/Moderators
  - Moderation, Leitung
  - Systemische Perspektive
  - Lösungsorientiert



ISG · Institut für  
Soziale Gesundheit

SEVERAM



Katholische Hochschule  
für Sozialwesen Berlin

## **Kontakt:**

Ulrich Binner

Institut für Soziale Gesundheit

Tel.: 030 50 10 10 916

Mail.: [ulrich.binner@khsb-berlin.de](mailto:ulrich.binner@khsb-berlin.de)

Informationen zum Projekt SEVERAM:

[www.severam.de](http://www.severam.de)



ISG · Institut für  
Soziale Gesundheit

SEVERAM



Katholische Hochschule  
für Sozialwesen Berlin

**Ich danke Ihnen für  
Ihre Aufmerksamkeit!**