



---

## **Workshop 1 „Der Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung - Was kann vom Krankenhaus, was von den ambulanten Diensten geleistet werden?“ im Rahmen der Tagung „Perspektiven in der Versorgung älterer Menschen in Potsdam“**

---

Moderator: Prof. Dr. Ralf-Bruno Zimmermann  
Protokollantin: Nele Gerber

### **TOP 1 - Vorstellungsrunde der TeilnehmerInnen**

### **TOP 2 - Einleitung durch die Moderation:**

Diskussion sollte genutzt werden, um aus verschiedenen Perspektiven Eindrücke und Einschätzungen zu erhalten, wo „der Schuh drückt“ und wo und wie gelungene Übergänge zu finden sind.

### **Zwei Perspektiven zum Einstieg:**

#### **1. Markierung der Sektoren**

Neben den bekannten Sektoren des Settings der Versorgung (ambulant, stationär) können auch noch Sektoren der Finanzierung (medizinisches System, Pflegesystem, soziales System, Rehasystem, Ehrenamt) und der fachlichen Zuständigkeit differenziert werden. Auch innere Sektorisierungen in größeren Institutionen können benannt werden (inner sector = Schneider).

Außerdem können Sektoren entlang der Professionen unterschieden werden (ärztlich, pflegerisch, nicht-ärztlich-therapeutisch, sozialarbeiterisch, psychotherapeutisch, etc.).

#### **2. Daten aus der Forschung**

##### Krankenhaus:

- Ressourcenprobleme (zeitlich, personell, finanziell)
- Systematische Erfassung aller Aspekte der Versorgung (Einbindung des Sozialdienstes, „Entlassungsmanagement fängt mit der Aufnahme an“ (Franz))
- Innere Sektorisierung

##### Regionales:

- In der Fläche gibt es nicht so viele Angebote, Wege sind weit
- Wegzug der Angehörigen

##### Heime<->KH:

- Nicht immer gute Abstimmung von Aufnahmen/Entlassungen;
- vermeidbare (Wieder)Aufnahmen in Krankenhäuser
- sehr unterschiedliche Qualität der Heime

### Private Pflege:

- Angehörige leisten viel, wissen viel (wird nicht immer genutzt)
- Nicht immer hinreichend geleistete private Pflege
- Geld- zu Ungunsten von Sachleistungen
- Überlastung/Isolation von Angehörigen
- Mangelndes Wissen um Angebote

### Kostenträger und niedergelassene Ärzte:

- Zu wenig Kontakt mit den Alltagsfragen
- Zu wenig Kontakt zum/im Netzwerk
- Zu unflexibel

### Merkmale der Betroffenen:

- Besondere Problemagglomerationen müssen erkannt werden (Multimorbidität, letzte Phase des Lebens, zusätzliche psychische Erkrankung, „Eigenwilligkeit“)
- Soziale Problematik steht manchmal im Vordergrund, wird aber nicht prioritär gesehen und „behandelt“

### Ethische Herausforderungen:

- Partizipation/Autonomie: Informed Consent – insbesondere bei Vorliegen einer psychischen Störung als große Herausforderung
- Soziale Ungleichheit bzw. Gerechtigkeit

### Dokumentation:

- Keine systematische Rückmeldung nach Entlassung/Überleitung
- Keine systematische Fallreflexion entlang dokumentierter Daten durch die Profis (bei komplexen Fällen)

### Ressourcen:

- Mangelnde Angebote trotz hinreichender gesetzlicher Grundlagen (ländliche Regionen)
- Mangelnde Angebote durch fehlende gesetzliche Grundlagen
- Überlastung Einzelner (Profis, Institutionen)

## **TOP 3 - Drei Schlaglichter aus der Diskussion:**

### **1. Unterschiede in den Regionen (Stadt vs. Land)**

- In den ländlichen Regionen gebe es (natürlich) wesentlich weniger Angebote, sowohl quantitativ wie qualitativ.
- Betroffene kämen u.a. schneller in Pflegeheime, weil Alternativen fehlten.
- Nach einem Krankenhausaufenthalt fehlten oft angemessene Nachversorgungsstrukturen bzw. -angebote.

### **Lösungsansätze:**

- Bessere Vernetzung der bestehenden Angebote
- Spezialisierung für besondere (Pflege-) Bedarfe über Trägergrenzen
- Einführung, Verbesserung des Casemanagements

- Unterstützung/Stärkung Ehrenamt
- Einführung angemessener Pfl egetagebücher
- Palliativ- bzw. Hospizangebote in allen Einrichtungen der Pflege/Altenhilfe

## **2. Beteiligung von bzw. Kooperation mit Ärzten**

- Die Kooperation mit Ärzten wird insgesamt als eher unbefriedigend beschrieben. Einerseits sei ein (Fach-)Ärzt mangel in manchen Regionen zu spüren, andererseits funktioniere die Zusammenarbeit aber einfach nicht, weil Ärzte zu wenig investieren.
- Krankenhauseinweisungen könnten mitunter verhindert werden, wenn ein besserer Austausch stattfindet. Mit MVZ-Hausärzten würden eher gute Erfahrungen gemacht.
- Die ärztliche Unterversorgung werde allen Prognosedaten zufolge vorerst bestehen bleiben.

### **Lösungsansätze:**

- Pflegestützpunkte können die Kooperation verbessern helfen
- Niedergelassene Ärzte konkret zu Fallbesprechungen dazu rufen/bitten
- Ärzte für das Gesamtbild eines Patienten vermehrt sensibilisieren
- Nicht nur Systemanreize setzen, da diese nicht hinreichend genug seien

## **3. Ambulanter vs. stationärer Bereich**

- Der ambulante Bereich müsse systematisch früh vom Krankenhaus eingebunden werden.
- Eine „Annäherung der Lebenswelten“ zwischen ambulant und stationär bzw. ärztlich und nicht-ärztlich fehle noch.
- Nach wie vor gebe es viele unnötige Reibungsverluste, weil Kommunikation nicht gut funktioniere.
- Eine hohe Anzahl der Patienten im Krankenhaus habe keine relevante medizinische sondern eine „soziale Diagnose“ (und das Krankenhaus müsse sich darum kümmern).
- Insgesamt fehle es an systematischer Evaluation, damit besser kritisch Rückschau gehalten werden könne

### **Lösungsansätze:**

- Pflegestützpunkte könnten Informationen bündeln, Austausch verbessern helfen
- Eine „Suchmaschine“ über Angebote, Träger etc. wäre hilfreich
- In Überleitungsbögen müssten mehr Angaben zur sozialen Situation stehen
- Ein Feedback nach der Überleitung wäre wichtig (24 h nach der Entlassung und dann nochmals vier Wochen später)
- Entlassungsbriefe aus dem Krankenhaus müssten regelmäßig auch Angaben zur sozialen Situation des Patienten enthalten
- Der Hausarzt müsse stärker als (Ver-)Mittler genutzt werden

## **Top 4 - Verabschiedung**