

»Gesundheit vor Ort gemeinsam Gestalten«

Herausforderungen des
demographischen Wandels und kommunale
Daseinsvorsorge aktiv gestalten durch
sektorenübergreifende Versorgung und
Unterstützung im Quartier

**Kernergebnisse
des Modellprojekts
2019-2022**

**Der Filderstädter Weg zu
praxisorientierter Versorgung
nach Aufenthalt in der Filderklinik**

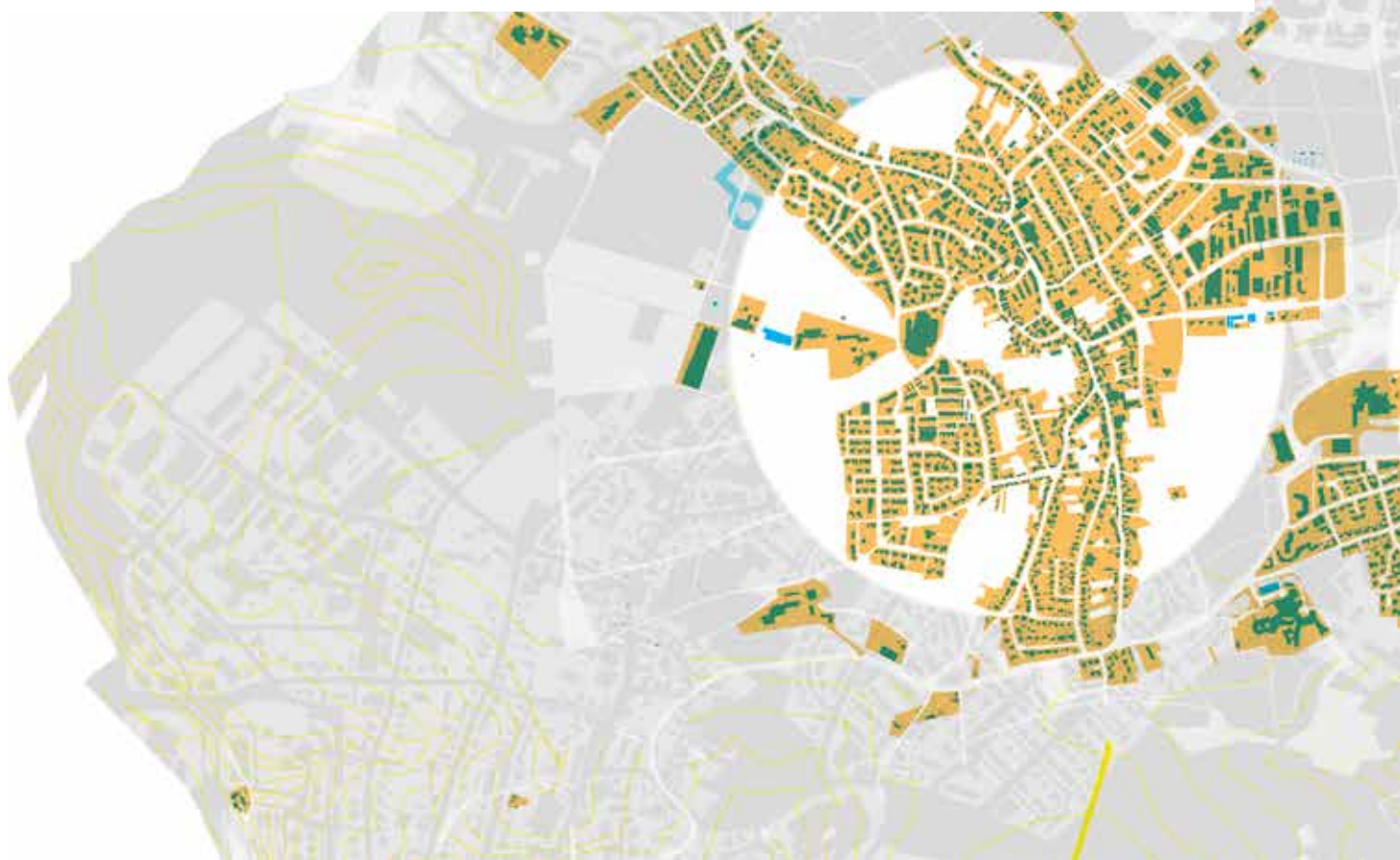


FILDERSTADT

*Eine Stadt.
Viele Möglichkeiten.*

Inhalt

Die Idee	3
Die vier Pfade der Umsetzung	4
Ausgewählte praktische Ergebnisse	5
1 »Brücke in den Alltag« - ein engmaschiges Begleitungs- und Vermittlungssystem auf der Grundlage direkter Klientinnenzuweisung durch Klinik oder Hausärzt*in	5
2 Vernetzung durch Kooperationsachsen und -plattformen	7
3 Innovative digitale Informationsplattform für professionelle Gesundheitsakteur*innen und Bürger*innen mit ihren Familien.....	8
4 Gesundheitsdialoge zu Versorgungsfragen.....	9
Lessons learned	10
Zusammenfassende Thesen	11
Perspektiven für Filderstadt	11
Impressum	11



Die Idee

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.

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. Für alte und hochaltrige, meist multimorbide Patient*innen kann sich aufgrund einer Verkürzung des Klinikaufenthaltes eine Überforderung und damit kritische Lebenssituation ergeben. U. a. entsteht die Gefahr eines Drehtüreffekts mit erneuter stationärer Aufnahme oder sogar die Aufgabe der eigenen selbständigen Lebensführung.

Informationen bündeln und Akteur*innen verknüpfen: Wirksamkeit und Synergien einzelner professioneller Interventionen und Angebote können verstetigt und verbessert werden durch koordiniertes und kontinuierliches Zusammenwirken im Blick auf Wissens- und Informationsaustausch sowie Fragen der Gesundheitsplanung. Dadurch werden professionelle Strukturen anschlussfähig an lokale Potentiale und Bedarfe.

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.

Professionelle Gesundheitslots*innen stellen eine wirkungsvolle Beratungs-, Steuerungs- und Koordinierungsfunktion in der Primärversorgung insbesondere nach einem Klinikaufenthalt sicher, die individuumsbezogen, biografisch und wohnortnah unterstützt.

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

Die vier Pfade der Umsetzung

1 »Brücke in den Alltag«: ein engmaschiges Begleitungs- und Vermittlungssystem auf der Grundlage direkter Klient*innenzuweisung durch Klinik oder Hausärzt*in

- Zielgruppe: Filderstädter Bürger*innen über 60
- Begrenzt: 4 bis max. 6 Wochen
- Unentgeltlich
- Durch Lots*innen angesiedelt im Referat für 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. 1: Merkmale der fallbezogenen Begleitung »Brücke in den Alltag«

Die Arbeitsweise orientiert sich am Konzept des Casemanagement und ist qualifizierter Bestandteil der Klinikentlassung durch Zuweisung, die auf verschiedenen Kriterien basiert; Erweiterung der fallbezogenen Begleitung wird durch ein Hilfenetzwerk mit qualifizierten, bürgerschaftlich engagierten Personen aufgebaut.

2 Vernetzung durch Kooperationsachsen und -plattformen

Exemplarische sektorenübergreifende Zusammenarbeit, eingebettet in die städtische Gesundheitsplanung: Einstieg in ein Versorgungsnetzwerk durch koordinierten Austausch in Form von freiwilliger, verbindlicher Zusammenarbeit. Die kommunale Gesundheitskonferenz stellt dabei eine zentrale Plattform für Information und Austausch dar. Die Lotsenstelle übernimmt geschäftsführende Aufgaben und sorgt für Berichterstattung.

3 Innovative digitale Informationsplattform zur Verbesserung der Versorgung durch transparente Information:

Den professionellen Gesundheitsakteur*innen und den Bürger*innen mit ihren Familien werden systematische Informationen zur Versorgungslandschaft in Form einer Homepage zu Verfügung gestellt und mit ihnen weiterentwickelt.

4 Gesundheitsdialoge zu Versorgungsfragen

*Verbesserung der Versorgung durch 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 als stadtteilbezogene Initiativen der Information, Aufklärung und Gesundheitsförderung zu Versorgungsfragen für Klient*innen, aber auch für professionelle Nutzer*innen.



Ausgewählte praktische Ergebnisse

»Insgesamt hat mir das den
Druck genommen, immer
allein dazustehen«

1 | »Brücke in den Alltag«

»Brücke in den Alltag« ist ein Instrument zur Verbesserung der Nachsorge Älterer in Filderstadt. In dieser Altersgruppe nimmt in der Regel die Vulnerabilität durch ausgedünnte soziale Netzwerke und Auseinandersetzung mit chronischen Krankheitsverläufen zu.

Die Wohnsituation kann ausschlaggebend sein für Mobilität und das Gefühl der Hilflosigkeit – vor allem in der ersten Woche nach der Klinikentlassung. Im Projektzeitraum wurden insgesamt 89 Begleitungen durchgeführt.

Aus der Auswertung der Begleitungsdaten von 48 Klient*innen zwischen Oktober 2020 und Dezember 2021¹ lassen sich Risikokonstellationen, Bedarfe und Wirkungsfaktoren beschreiben.

Begleitung durch Gesundheitslotsinnen erreichte Personen, die sich auszeichnen durch nicht pflegebezogene Vulnerabilität, die mehrheitlich mit einem erheblichen Entlassungsrisiko verbunden war.²

Drei schwer erreichbare Zielgruppen konnten eingebunden werden und vom Angebot »Brücke in den Alltag« profitieren.

1 | Alleinlebende Hochbetagte (und hier besonders Frauen), zurückgezogen lebend, mit eingeschränkter 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. Ein positiver Effekt scheint sich in der Verringerung von wiederkehrenden Klinikaufenthalten niederzuschlagen (Abmilderung des Drehtüreffekts).

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

3 | Angehörige: für die Belange, Anliegen und Bedarfe von pflegenden Angehörigen bestehen in Filderstadt nur vereinzelte und praktisch keine zugehenden Angebote der Beratung, Schulung und Unterstützung – weder im professionellen noch im bürgerschaftlichen Bereich (z. B. Pflegebegleitung).


Da häufig eine Einstufung zur Pflege fehlt³ und wenig Vertrautheit mit den Versorgungs- und Unterstützungsangeboten besteht, können sinnvolle und wirksame Unterstützungsleistungen nur durch zugehende Vermittlung erschlossen werden. Entscheidend ist dabei, Klient*innen über Schnittstellen der Versorgung mit einem zugehenden Konzept zu erreichen.



¹ Mit Hilfe des BRASS-Index (Blaylock-Risk-Assessment-Screening-Score – Ann Blaylock und Carolyn Cason, 1992, USA, s. Anlage XI) ließen sich die Gefährdungssituationen einschätzen und die wichtigsten Beeinträchtigungen erfassen. Außerdem wurden Daten zur Wohn- und Lebenssituation erhoben.

² 30 von 43 Netzwerken der Klient*innen haben einen labilen oder prekären Charakter.

³ Fast drei Viertel der begleiteten Klient*innen waren nicht eingestuft.



➡ Für die gesundheitliche Situation der Hauptgruppe der begleiteten Personen sind altersbezogene Einschränkungen charakteristisch, die typische Gefährdungen mit sich bringen, ohne direkt mit Pflegebedürftigkeit verknüpft zu sein: Die Klient*innen leben allein, sind älter als 80 Jahre, nehmen mehr als 5 Medikamente (Polypharmazie), zeigen sensorische Defizite und haben vor allem Bedarfe bei hauswirtschaftlicher Versorgung und Mobilität.

➡ Unterstützung durch Gesundheitslotsinnen fördert Teilhabe im Quartier. »Brücke in den Alltag« initiiert nachbarschaftliche Entwicklungen, indem die Freiwilligen wohnortnah tätig werden. Kontakte können - je nach Ermessen der Freiwilligen - auch nach dem »offiziellen Ende« der Begleitung weiterbestehen.

➡ Das Begleitungsangebot stellt einen Gewinn für alle Beteiligten dar. Das Potenzial ist noch nicht ausgeschöpft. Gesundheitsakteur*innen vor Ort 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.

➡ Die Wirksamkeit der Begleitung durch Gesundheitslotsinnen in der Nachsorge kann verbessert werden durch den Aufbau alltagsbezogener Unterstützungsangebote und durch weitere Kooperationen an entscheidenden Versorgungsschnittstellen (Hausarztpraxen und weiteren Versorgungseinrichtungen).

Die Beendigung der Begleitung stellt die Lotsin teilweise vor Herausforderungen (bspw. hauswirtschaftliche Versorgung)⁴. Das Angebot eines niedrigschwelligen, anerkannten Dienstes mit »Hilfen im Alltag« fehlt in Filderstadt. Das Fehlen dieses Angebotes macht es u. a. schwer, die Begleitung durch »Brücke in den Alltag« nach 6 Wochen zu beenden.

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 geplant.

⁴ Typische Bedarfe in der Nachsorgesituation:

- a. Überforderung mit der Haushaltsführung, das Fehlen niedrigschwelliger Haushaltshilfen
- b. Fehlen niederschwelliger Fahrdienstangebote
- c. Fehlen niederschwelliger Besuchsdienste
- d. Langer, undurchsichtiger Weg von der Verordnung zum Hilfsmittel
- e. Beschäftigung mit der Krankheitsverarbeitung, Gesprächsbedarf
- f. Einsamkeit
- g. Keine Begleitung von pflegenden Angehörigen
- h. Fehlendes Wissen um Angebote, mögliche Dienstleistungen und Anbieter*innen



2 | Vernetzung durch Kooperationsachsen und -plattformen

Sektorenübergreifende Versorgung in der Form verbindlicher Netzwerke professioneller Akteur*innen ist in Filderstadt bisher wenig entwickelt. Die vollzogenen Ansätze der Zusammenarbeit stellen exemplarische Schritte in diese Richtung dar. Ein Netzwerk ist bis jetzt nicht entstanden.

☛ **Durch das Projekt gibt es nun ein überzeugendes Beispiel integrierter Versorgung mit starker Beteiligung der Kommune.** »Gesundheit vor Ort gemeinsam gestalten« setzte durch die verbindliche Zusammenarbeit von Stadtverwaltung und Filderklinik im Nachsorgeangebot »Brücke in den Alltag« sektorenübergreifend an.

☛ **Sektorengrenzen konnten exemplarisch in mehreren Bereichen überwunden werden.** Das Referat für Chancengleichheit, Teilhabe und Gesundheit als kommunale Akteurin übernahm hierbei neben der aktiven Lotsenarbeit eine Koordinierungs- und Steuerungsaufgabe. Dieselbe Position konnte auch in den Aktivitäten zu Testen und Impfen innerhalb der Corona Pandemie erreicht werden. Apotheken, Arztpraxen, Schulen, Kindertageseinrichtungen, Freiwillige, das DRK und die städtischen Mitarbeiter*innen waren an den Aktionen beteiligt.

Mit der AG Gesundes Bonlanden, dem Netzwerk Besuchsdienste und den Qualitätszirkeln gelang es, sektorenübergreifende Aktivitäten bei den beteiligten Akteur*innen zu platzieren

und umzusetzen. Die Bedeutung »sektorenübergreifend« konnte in diesen Arbeitsgruppen nachvollziehbar und verständlich gemacht werden. Sektorengrenzen konnten aufgeweicht werden etwa durch die Gesundheitskonferenz oder durch einzelne kleine Beispiele der Zusammenarbeit bei den Gesundheitsdialogen.

☛ **Mit dem Projekt ist es gelungen, kommunale Anreize für einen Einstieg in verbindliche Zusammenarbeit zu schaffen.** Dazu zählen die digitale Plattform www.gut-versorgt-in-filderstadt.de und die Austauschplattform der Gesundheitskonferenz. Solche Vorleistungen befördern ein vernetzungsfreundliches Umfeld. Durch Gesundheitsdialoge im Stadtteil sind »Experimentierräume für Zusammenarbeit nach Maß« entstanden. Sie erweisen sich als geeignete Trittschritte für umfangreichere und verbindlichere Formen sektorenübergreifender Zusammenarbeit. Es wurden Akteur*innen durch das Gesundheitsquartier in Bonlanden (AG Gesundes Bonlanden) zusammengeführt, die künftig zur Erweiterung der Versorgung beitragen können.

☛ **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 verabredete Zusammenarbeit mit der Filderklinik soll neben »Brücke in den Alltag« ausgebaut und an die positiven Erfahrungen angeknüpft werden. Ziel ist es, durch Beispiele und wirkungsvolle Praxis für Sinn und Mehrwert von sektorenübergreifendem Vorgehen in Filderstadt zu sensibilisieren.

3 | Innovative digitale Informationsplattform

Für professionelle Gesundheitsakteur*innen und Bürger*innen mit ihren Familien

Mit der Homepage www.gut-versorgt-in-filderstadt.de mit 368 Angeboten konnte Filderstadt eine bürgernahe Informationsinfrastruktur realisieren, die einen echten Impact für alle bringt, die im Pflege- und Versorgungsbereich unterwegs sind.

Gunst- und Hemmfaktoren bei der Einrichtung der digitalen Informationsplattform

Um eine solche Informationsplattform mit Anbieter*innen zu entwickeln, hat sich eine systematische begleitende Informations- und Kommunikationsstrategie mit folgenden Ansätzen bewährt:

- Persönliche Kontaktaufnahme und aufsuchendes Verhalten: Im Zustimmungsprozess zur Website wurden zusätzlich aufsuchende Telefonate durchgeführt.
- 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.
- Newsletter - E-Mail-Kontakt: Kooperationspartner*innen wurden zu allen Neuerungen (z. B. Veröffentlichung eines Banners, Corona-Impfangebote) durch einen Newsletter via E-Mail informiert.

- Gebührenfreiheit: Dass die Website für die Kooperationspartner*innen kostenlos ist, hat dazu beigetragen, dass die Zustimmungsquote mit ca. 80 % ausfiel und bildet einen Erfolgsfaktor/ ein Unterscheidungsmerkmal zu anderen Websiteanbieter*innen.

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.
- 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.

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-Verbandekooperation Baden-Württemberg hat die Zukunftsfähigkeit dieses Produkts hervorragend zum Ausdruck gebracht.

4 | Gesundheitsdialoge zu Versorgungsfragen

Die Gesundheitsdialoge können als eine thematische Form aktivierender Befragungen im öffentlichen Raum verstanden werden. Sie wurden ergänzt durch Informationsveranstaltungen mit Vortrag und in Form regelmäßiger Nachbarschaftsgespräche auf dem Markt in Bonlanden. Bürger*innen wurde praktisches Wissen (bspw. zur »Website« oder »Rettung aus der Dose«) vermittelt. 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: Filderklinik, Diakoniestation, Pflegestützpunkt, DRK Bonlanden und Diakonie- und Krankenpflegeverein Bonlanden.

☛ **Handlungsbedarfe im Quartier manifestieren sich** wie bspw. eine Pflegeeinrichtung für Ältere, 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.

☛ **Die Bedeutung verlässlicher Unterstützung in Familie und Nachbarschaft und stille, unerkannte Versorgungsdefizite von betroffenen Älteren** kamen in den Markteinsätzen zur Sprache.

☛ **Die Sensibilität für Gesundheit und Daseinsfürsorge als kommunales Anliegen wächst:** 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.

Lessons learned

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.

Die Vorteile für die Kommune erschließen sich zunächst vorwiegend aus der Sicht der Bürgerinnen und Bürger, die aus der Filderklinik 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.

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 eine Bedarfsermittlung, ist fest verankert und wird fortgeführt. Sie hat wichtige qualitative Impulse zur Sensibilisierung für gerontologische Lebenslagen geleistet.

Insgesamt konnte mit dem Projekt das Qualitätsmerkmal »Bürgerfreundliche Kommune« im Bereich Gesundheit vorangebracht werden. Dies ist durch den Auf- und Ausbau kommunikativer und informativer Infrastruktur auf Grundlage einer sorgfältigen Sozialraum- und Stakeholderanalyse sowie vergangener Erfahrungen beim Einstieg in die Quartiersarbeit im Stadtteil Sielmingen erreicht worden. So haben der Gemeinderat und der Oberbürgermeister eine Förderung für weitere zwei Jahre beschlossen. Dies ist ein wichtiger Schritt zur Konsolidierung.



Zusammenfassende Thesen

- 1 Vulnerabilität im Alter ist eine ganzheitliche und vernetzte Problemlage** mit vielfältigen Aspekten, die auch das Lebens- und Wohnumfeld betreffen. Deshalb ist es entscheidend, dass professionelle Strukturen immer besser anschlussfähig werden an lokale Potenziale und Bedarfe.
- 2 Niederschwellige Alltagsunterstützung** vergrößert die Chance, auch mit gesundheitlichen Einschränkungen in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben. Deshalb ist es wichtig, sich um den Aufbau solcher Angebote zu kümmern.
- 3 Ein abgestimmtes Zusammenspiel** der Gesundheitsakteur*innen an Schnittstellen mit geeigneten Instrumenten schafft Synergien, die für alle Vorteile bringen. Es kommt darauf an, Gelegenheiten für solche Erfahrungen auszubauen und zu systematisieren, um eine geeignete Kooperationskultur zu etablieren.
- 4 Kommunale Gesundheitspolitik** braucht eine konzeptionelle Grundlage. Es empfiehlt sich die Ausrichtung am Leitbild integrierter, sozialraumbezogener Gesundheitsversorgung (vgl. Neustart Gesundheit).
- 5 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.
- 6 Gesundheitsbezogene Quartiersentwicklung** stützt sich auf breite Beteiligungsprozesse in der Bürgerschaft und sektorenübergreifender Zusammenarbeit von Gesundheitsakteur*innen.



Perspektiven für Filderstadt

»Gesundheit vor Ort« verstetigt die bisherigen Lotsentätigkeiten in der Nachsorge für Filderstadt und erprobt neu das Lotsenprofil bezogen auf gesundheitsbezogene Quartiersarbeit in Bonlanden.

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

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 Bürgerengagement zum Profil »Multiplikator*innen bei digitalen Gesundheitsanwendungen«.

Impressum

Herausgeberin
Stadt Filderstadt
Referat für Chancengleichheit,
Teilhabe und Gesundheit

Martinstr. 5 | 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 | August 2022

Stadtverwaltung Filderstadt
Referat für Chancengleichheit,
Teilhabe und Gesundheit

Dr. Susanne Omran
Referatsleitung

Telefon 0711 7003 - 343
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.