

Saskia Nowak

Pflege im Quartier – Gute Praxis

Eine vergleichende Beschreibung von Forschungs- und Entwicklungsprojekten zur Verbesserung der Versorgungssituation im Alter

Arbeitsgruppe „(Stadt-)Gesellschaften im Wandel“

Pflege und Technik

Fachhochschule
Dortmund

Fachbereiche

- Architektur
- Informatik
- ↑ Angewandte
Sozialwissenschaften
Wirtschaft

Herausgeberin:

Fachhochschule Dortmund, FB 8 Angewandte Sozialwissenschaften,
Arbeitsgruppe (Stadt-)Gesellschaften im Wandel
Emil-Figge-Str. 44, 44227 Dortmund

Projektteam des FB 8:

Svenja Helten, Richard Ortwein, Marina Vukoman, Saskia Nowak,
Christina Walter

Projektleitung: Prof. Dr. Harald Rüßler

© bei Autor*innen/Januar 2018 – Alle Rechte vorbehalten.

Die Veröffentlichung entstand im Rahmen des Projektes „Pfleger im Quartier“ (PiQ). Das Forschungs- und Entwicklungsprojekt wird von Prof. Dr. Britta Böckmann des Fachbereichs Informatik der Fachhochschule Dortmund geleitet und wurde im Zeitraum 2016 – 2019 von der Europäischen Union und dem Land Nordrhein-Westfalen gefördert.



EUROPÄISCHE UNION
Investition in unsere Zukunft
Europäischer Fonds
für regionale Entwicklung



EFRE.NRW
Investitionen in Wachstum
und Beschäftigung

Pflege im Quartier – Gute Praxis

Eine vergleichende Beschreibung von Forschungs- und Entwicklungsprojekten zur Verbesserung der Versorgungssituation im Alter

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	i
Abbildungsverzeichnis.....	1
1 Einleitung.....	2
2 Methodisches Vorgehen.....	4
3 Ergebnisse.....	7
3.1 Ausgewählte Projekte	7
3.2 Projekte realer Vernetzung	7
3.3 Projekte technischer Unterstützung	9
3.4 Projekte digitaler und realer Vernetzung.....	10
3.5 Kategorien Guter Praxis.....	12
4 Zusammenfassung.....	26
5 Schlussfolgerungen für PiQ.....	29

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Methodisches Vorgehen der Guten Praxis-Analyse	6
---	---

1 Einleitung

Im Projekt *Pflege im Quartier* (PiQ) sollen Versorgungsstrukturen exemplarisch in vier Quartieren in Gelsenkirchen optimiert und ausgebaut werden sowie eine verbesserte Kommunikation, Information und Vernetzung der Akteure vor Ort erreicht werden. Durch die Entwicklung einer digitalen (Quartiers-)Plattform wird die Vernetzung zudem durch digitale Strukturen unterstützt. Mithilfe dieser Vernetzungsstrukturen, die auch Schnittstellen zum Austausch pflegerelevanter medizinischer Informationen sowie einen elektronischen Pflegebericht beinhalten, sollen sowohl die Teilhabe als auch die Versorgung älterer Menschen verbessert werden. Weiterhin wird eine mobile Applikation mit der Funktion zur selbstbestimmten Lokalisierung der Menschen mit Pflege- und Unterstützungsbedarf und „Hilfe auf Knopfdruck“ entwickelt, damit Unsicherheiten abgebaut werden können und den Hilfsbedürftigen eine längere Mobilität ermöglicht wird. Die Anknüpfung an das „QuartiersNETZ“ Projekt¹ bietet zudem die Möglichkeit auf bereits bestehende digitale und reale Strukturen in Gelsenkirchen zurückzugreifen und auch nicht pflegebezogene Angebote zu integrieren. Das Projekt „Pflege im Quartier“ wird aus Mitteln des Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (EFRE) im Rahmen des Leitmarktwettbewerbs Gesundheit.NRW gefördert und wird im Zeitraum 2016-2019 durchgeführt.²

Eine Gute Praxis-Analyse kann wichtige Hinweise und Erkenntnisse für die eigene Projektarbeit liefern. So kann durch die Analyse ähnlich ausgerichteter Projekte eine Orientierung an den Erfahrungen und Vorgehensweisen dieser Projekte erfolgen. Dadurch können „Fehler“ oder auch Problemfelder, die in anderen Projekten offensichtlich wurden, vermieden bzw. bewusst bearbeitet und somit wichtige Zeitressourcen eingespart werden. Die Gute Praxis-Analyse liefert aber nicht nur Erkenntnisse der negativen Aspekte. In erster Linie bietet sie, wie der Name sagt, die Möglichkeit, besonders förderliche Faktoren und Erkenntnisse herauszufiltern und in die eigene Vorgehensweise mit einzubinden. Schließlich trägt eine solche Analyse auch mit dazu bei, die Besonderheit des eigenen Forschungs- und Entwicklungsprojekts herauszustellen.

Gerade im Bereich der technischen Unterstützung für ältere Menschen ist das Thema der *Technikakzeptanz* zu beleuchten (Pelizäus-Hoffmeister, 2013; Schelisch, 2016). Hierbei ist zu beachten, dass Technik dann als akzeptabel gelten kann, wenn sie sich gut in den Lebensalltag Älterer einfügt und aus Sicht der Älteren als unterstützend und nicht als überfordernd wahrgenommen wird (Jakobs, Lehnen & Ziefle, 2008: 7). So hat sich bei vielen Projekten mit ähnlichen Applikationsentwicklungen

¹ Siehe ausführlicher dazu <http://www.quartiersnetz.de> .

² Für weitere Informationen zum Projekt siehe <http://Pflege-im-Quartier.de> .

gezeigt, dass viele ältere Menschen das Erlernen neuer Techniken als Mehraufwand und nicht (nur) als Gewinn ansehen (Eschweiler, 2016; Roth & Melle, 2016). Welchen Projekten ist es also gelungen ihre Technik so zu entwickeln, dass ältere Menschen sie als Bereicherung im Alltag angenommen und im besten Fall auch über die Projektlaufzeit bzw. Entwicklungs- und Testphase hinaus weiterhin genutzt haben? Wie sind diese Projekte vorgegangen und gibt es Aspekte, an denen sich das PiQ Projektteam orientieren kann? Auch im Hinblick auf die Vernetzungsstrukturen zur Unterstützung von älteren Menschen mit Pflegebedarf kann es wichtige Erkenntnisse geben: Gab es bei der Entwicklung von Vernetzungsstrukturen Aspekte, die besonders förderlich waren? Wenn sich die Strukturen auch nach Projektende etabliert haben, wie konnte das gelingen?

Diese Fragen bildeten den Einstieg in die Gute Praxis-Analyse. Es galt also zunächst auf Basis einer ausführlichen Recherche nach Projekten mit ähnlichen Zielsetzungen oder Vorgehensweisen, wie die des PiQ Projekts zu recherchieren. Darauf aufbauend wurde untersucht, wie die Projekte vorgegangen sind, ob es offensichtliche Schwierigkeiten oder förderliche Bedingungen gab und vor allem ob die Nachhaltigkeit der sozialen und technischen Innovationen auch nach Ende der Projektlaufzeiten noch gegeben war. Die Internetrecherche hat relativ schnell gezeigt, dass es eine Vielzahl an Projekten gibt, die sich mit technischen Unterstützungen in Verbindung mit der pflegerischen Versorgung beschäftigen. Dies mag nicht zuletzt auch daran liegen, dass diese Bereiche, wie z.B. auch im 7. Altenbericht der Bundesregierung, als wichtige Handlungsfelder herausgestellt und somit viele Projekte mit diesen Themenschwerpunkten gefördert wurden (Altenberichtscommission, 2016). Innerhalb des Rahmenprogramms Gesundheitsforschung fördert das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) zum Beispiel mit dem Aktionsplan „Versorgungsforschung“ mit rund 50 Mio. Euro Projekte, die in diesen Bereichen Forschung und Entwicklung betreiben (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2016a, Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2016b).

2 Methodisches Vorgehen

Zu Beginn der Guten Praxis-Analyse erfolgte die Suche in verschiedenen Projektdatenbanken³ und über Internetsuchmaschinen nach Projekten, die ähnliche Projektziele und Themenschwerpunkte wie PiQ verfolgen. Wichtig war hierbei auch ein ähnlicher Zielgruppenbezug wie im PiQ Projekt, da sich die Bedarfe älterer Menschen von denen jüngerer deutlich unterscheiden (vgl. z.B. Jakobs et al., 2008). Das bedeutet, dass die Projekte jeweils die bessere Versorgung und Unterstützung insbesondere älterer Menschen zum Ziel haben sollten. Die Suche erfolgte dabei unter Einbeziehung folgender Stichworte:

- Integrierte/Integrative Versorgung
- (Ländliche) Versorgungsstrukturen
- Technikbasierte Unterstützung bei Pflege
- Sektorenübergreifende Versorgung
- Versorgungskette
- Kooperation und Vernetzung im Gesundheits- und Pflegebereich

Es wurden dabei sowohl Vernetzungs- und Unterstützungsstrukturen auf digitaler wie auch auf realer Ebene berücksichtigt. Beginnend im September 2016 konnten über einen Zeitraum von vier Monaten mithilfe dieses Vorgehens eine Vielzahl von Projekten zusammengestellt werden, deren Zielsetzung innerhalb der genannten Stichworte liegt bzw. lag. Im Verlauf der weiteren Analyse wurde die Projektliste mit weiteren Projekten angereichert, sobald Defizite in der Breite der ausgewählten Projekte erkennbar waren, sodass insgesamt 27 in die Analyse aufgenommen werden konnten. Mithilfe einer Excel Tabelle wurde eine systematische Übersicht mit Informationen, z.B. zur Zielgruppe oder auch den wichtigsten erzielten Ergebnissen zusammengestellt. In einigen Fällen waren Projektdokumentationen nicht frei zugänglich, so dass der Kontakt zu den Ansprechpartner*innen aufgenommen wurde. Durch die Kontaktaufnahme konnten einige Abschlussberichte inklusive der Evaluationen noch zusätzlich erworben werden. Ausgeschlossen wurden jene Projekte, zu denen trotz eingängiger Recherchen keine Dokumentationen und Berichte aufzufinden waren.

³ z.B. <http://www.versorgungsforschung-deutschland.de/>;
<http://www.innovative-gesundheitsmodelle.de/home>;
<https://dbp.zqp.de/>

In einem anschließenden Workshop des PiQ-Projekt-Teams des Fachbereichs Angewandte Sozialwissenschaften der Fachhochschule Dortmund, wurden zentrale Faktoren für eine gelingende Projektarbeit identifiziert. Dazu wurden die als relevant erachteten Projekte einzeln gesichtet und diskutiert, so dass sich im Laufe der Analyse verschiedene Aspekte als zentrale und wiederkehrende Elemente für die erfolgreiche Durchführung der Projekte herauskristallisierten. Die so entstandene Kategorienliste diente als Leitfaden, um die Projekte jeweils in Bezug auf diese zu analysieren und die zugehörigen Gute Praxis-Beispiele herauszufiltern. Durch diese Vorgehensweise war es ebenfalls möglich, die Projektzahl auf eine übersichtliche Anzahl von neun Projekten einzugrenzen und diese dann sehr viel detaillierter zu betrachten. Angemerkt sei an dieser Stelle, dass die Analysekategorien keinesfalls vollständig sind, sondern aus der Sicht der Fragestellungen des Projekts PiQ entwickelt worden sind.

Die Kategorien lauten:

- Nutzer*innenorientierung
- Bestandsaufnahme
- Netzwerkbildung
- Beratung und Schulung
- Präventionsfunktion
- Ethik und Datenschutz
- Geschäftsmodellentwicklung
- Nachhaltigkeit

Die Bedeutungen und Hintergründe der Kategorien und die Begründung für diese Auswahl sind in Kapitel 3.5 näher erläutert.

Nach der Festlegung des Kategoriensystems erfolgte eine genaue Analyse der Projekte in Bezug auf die einzelnen Kategorien. Mithilfe einer weiteren Excel Tabelle konnte eine strukturierte Übersicht der einzelnen Projekte im Hinblick auf die Kategorien erstellt werden. Durch dieses Vorgehen wurden die Projekte herausgefiltert, die in mindestens einer Kategorie als Beispiel guter Praxis anzusehen waren und, so die Annahme, wichtige Erkenntnisse für das PiQ Projekt liefern könnten. Dadurch ergab sich, wie bereits beschrieben, eine Reduzierung auf nunmehr neun Projekte. Die Auswahl erfolgte dabei insbesondere nach dem Kriterium der „Differenz zwischen den Projekten“ in Bezug auf die Umsetzung der projektrelevanten Zielsetzungen. Durch die ausführliche Übersichtstabelle konnte darauf aufbauend herausgefiltert werden in welcher Kategorie welches Projekt als Beispiel guter Praxis anzusehen war. Im Folgenden ist der Ablauf der Analyse schematisch dargestellt.

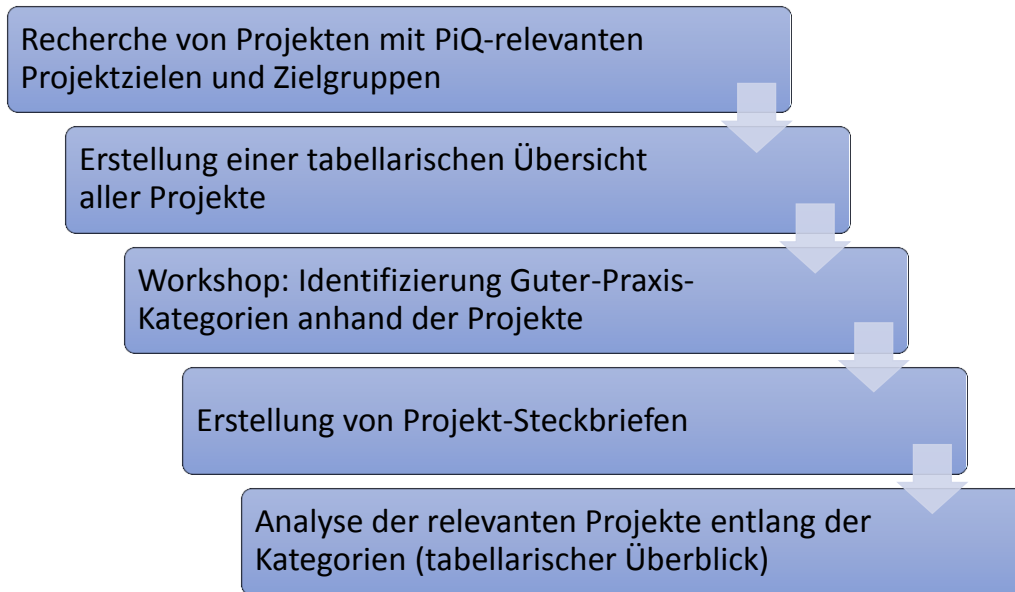


Abbildung 1: Methodisches Vorgehen der Guten Praxis-Analyse

3 Ergebnisse

3.1 Ausgewählte Projekte

Im Laufe der Analyse ließen sich drei unterschiedliche Schwerpunkte der Projekte identifizieren. Die Projekte *Regionales Versorgungskonzept Geriatrie, Pflegebegleitung* und *Sektorenübergreifende Kooperation und Vernetzung* fokussierten eine (1) **regionale Vernetzung in der „realen“ Welt**. Im Gegensatz dazu kristallisierten sich die Projekte *TABLU* und *PAUL* als rein (2) **technische Unterstützungen** mit dem Schwerpunkt der digitalen Vernetzung heraus. Es zeigte sich jedoch auch eine Verknüpfung beider Zielrichtungen in den Projekten *Cicely, SONIA* und *Selbstbestimmt & Sicher* in denen sowohl (3) **eine digitale als auch reale Vernetzung bzw. Unterstützung** angestrebt wurde. Im Folgenden werden zunächst die Projekte und die wichtigsten Ergebnisse dieser kurz beschrieben, bevor die konkreten Ergebnisse der Guten Praxis-Analyse entlang der oben genannten Kategorien dargestellt werden.

3.2 Projekte realer Vernetzung

3.2.1 Regionales Versorgungskonzept Geriatrie

Eine rein regionale Vernetzung, ohne die Entwicklung zugleich digitaler Strukturen, wurde im Projekt *Regionales Versorgungskonzept Geriatrie* (2010-2013) verfolgt. Hierbei sollte durch den Einsatz besonders geschulter Gesundheitshelferinnen als Case Managerinnen die vielschichtige und komplexe medizinische Versorgung von älteren Menschen optimal gestaltet werden (Assmann et al., 2013: 1). Patient*innen, bei denen sich Funktionseinbußen abzeichnen, werden dabei durch die niedergelassenen Ärzte*innen an die Gesundheitshelferinnen überwiesen. Das Case Management erfolgt dann zentral im Klinikum in Lippe und in enger und gemeinsamer Abstimmung mit dem jeweiligen Hausarzt bzw. Hausärztin. Zudem stellt das Case Management keine einmalige Reaktion dar, sondern erfolgt vielmehr kontinuierlich und über einen längeren Zeitraum. Durch die Arbeit der Gesundheitshelferinnen kann die medizinische mit der beratenden Komponente verbunden werden und die Unterstützungsleistungen kommen dort an, wo sie wirklich benötigt werden. Das Ergebnis des Projektes ist die Entwicklung eines gelebten „Netzwerks Geriatrie“ in Lippe. Zentrale Erfolgsfaktoren für die über die Projektlaufzeit hinaus anhaltende Zusammenarbeit sind die enge Kooperation des Ärztenetz Lippe und des Klinikums Lippe, sowie die praktische Arbeit der Gesundheitshelferinnen (Assmann et al., 2013: 78).

3.2.2 Pflegebegleitung

Auch das Projekt *Pflegebegleitung* (2003-2008) fokussierte die reale Vernetzung und Unterstützung. Ziel war es, Unterstützungsstrukturen für pflegende Angehörige zu schaffen, die ausschließlich auf ehrenamtlichem Engagement basieren (Bubolz-Lutz & Kricheldorf, 2011: 17). Am Ende der Projektlaufzeit konnte die Entwicklung und Erprobung eines neuen Profils niedrigschwelliger Begleitung pflegender Angehöriger verzeichnet werden. Zudem erstreckte sich diese Entwicklung auf die gesamte Bundesrepublik Deutschland. So konnte der neue Prototyp des Bürgerengagements, der verbands- und trägerübergreifend agiert, in 97 Kommunen implementiert werden (Bubolz-Lutz & Kricheldorf, 2011: 224). Durch den bundesweiten Zusammenschluss der Akteure zu dem „Netzwerk Pflegebegleitung“ kann das Engagement der Pflegebegleitung auch über das Projektende hinaus aufrechterhalten werden (Bubolz-Lutz & Kricheldorf, 2011: 245). Zudem konnte, aufbauend auf den bisherigen Erkenntnissen, das Projekt *Unternehmen Pflegebegleitung* von 2013-2015 durchgeführt werden. Ziel war es, eine bessere Vereinbarkeit von Erwerbstätigkeit und privater Pflegeverantwortung durch die Qualifizierung von Pflegebegleitern als Ansprechpersonen in Unternehmen zu erreichen. Die Ergebnisse und Gelingensfaktoren des Projekts wurden umfassend in einem Handbuch veröffentlicht (Bubolz-Lutz, Mester, Schramek, Streyll & Wenzel, 2015).

3.2.3 Sektorenübergreifende Kooperation und Vernetzung

Das Projekt *Sektorenübergreifende Kooperation und Vernetzung* (2000-2006) legt den Fokus ebenfalls auf eine regionale Vernetzung. Ziel dieses Projekts ist eine Verbesserung und Optimierung der Versorgung geriatrischer Patient*innen durch die Etablierung eines Überleitungsmanagements, welches einrichtungs- und berufsgruppenübergreifend agiert. Dabei erfolgte die Entwicklung und Erprobung in drei Projektregionen in und um Augsburg (Salzmann-Zöbeley, Pfänder, Vallon & Weiser, 2006: 8). Auch nach Beendigung der Projektlaufzeit konnten sich die Kooperationsstrukturen in der Stadt Augsburg und in den Landkreisen Augsburg und Aichach-Friedberg etablieren. Das Bestehen des Netzwerks ist inzwischen durch das Entstehen gewisser Eigendynamiken abgesichert und die Kooperationsstrukturen konnten sich weiter ausdehnen (Salzmann-Zöbeley et al., 2006: 57). Die Vernetzung konnte durch das Projekt gelingen und es konnten Strukturen für weitere Verknüpfungen geschaffen werden. Weiterhin ist eine neue Kommunikationskultur in der Region entstanden, die einen Paradigmenwechsel von der Konfrontation zu Kommunikation und Kooperation beinhaltet und zu ersten Ansätzen von Partnerschaft bei den einzelnen Akteuren geführt hat. In diesem Zusammenhang ist es ebenfalls gelungen, in der Region weitgehend standardisierte Überleitungsverfahren einzuführen und somit die Überleitungsabläufe sowie damit einhergehend die Versorgung geriatrischer Patient*innen zu verbessern (Salzmann-Zöbeley et al., 2006: 58). Die Überleitungsverfahren beinhalten einen Überleitungsbericht, der z.B. Informationen zu den Stammdaten des Patienten, pflegerelevanten Erkrankungen, dem Pflegestatus oder aber auch genutzten Hilfsmitteln enthält. Dieser Bogen

muss bei einer Verlegung vollständig ausgefüllt dem / der Patient*in ausgehändigt werden oder alternativ an das Krankenhaus gefaxt werden (Salzmann-Zöbeley et al., 2006: 97). Weiterhin wurde ein Versorgungspfad mit einer Schritt für Schritt Anleitung für die Versorgung sterbender Menschen mit den jeweiligen Zuständigkeiten und Kontakten entwickelt (Salzmann-Zöbeley et al., 2006: 112).

3.3 Projekte technischer Unterstützung

3.3.1 TABLU

Im Projekt *TABLU* (2013-2016) stand die Entwicklung, Erprobung und Evaluation eines technischen Assistenzsystems zur Unterstützung informell Pflegender im Vordergrund. Hauptaspekt des Projekts war ein Tablet mit dem die Probanden auf die vier Module Pflege-Schulung, Pflege-Mediathek, Pflege-Kontakt und Pflege-Bildtelefon zugreifen konnten. Durch diese persönlichen und technischen Hilfen und Anleitungsvideos zur richtigen Pflege sollte die Pflegekompetenz pflegender Angehöriger gesteigert werden und eine bessere Vernetzung mit der Außenwelt generiert werden (HELP-Initiative, 2014). Es zeigte sich allerdings im Laufe des Projektes, dass sich vor allem die Rekrutierung von Probanden als problematisch erwies. Oft wurde die Technik komplett abgelehnt oder nur als Mehraufwand und nicht als Entlastung angesehen. Ob dabei die Technik an sich oder das verwendete Tablet abgelehnt wurde ist aber leider nicht bekannt. Positiv zu vermerken ist, dass die App als einfach zu bedienen bewertet wurde und die Videos sowie die Möglichkeit der Kontaktaufnahme mit einer Pflegefachkraft Sicherheit vermittelten. An dieser Stelle sei jedoch angemerkt, dass nur sehr wenige Anfragen über das Kontaktmodul gestellt wurden. Am häufigsten wurden hingegen die Pflege-mediathek und die Schulung genutzt (Eschweiler, 2016).

3.3.2 PAUL

Ein Projekt, welches sich ebenfalls mit technischer Unterstützung im Alltag auseinandersetzte, ist *PAUL* (2006-2013). Ziel war es, ein Assisted-Living-Konzept umzusetzen, welches mithilfe von Komponenten aus der Heimautomatisierung ältere Menschen im Alltag unterstützt und bei Gefahrensituationen helfen kann (Schelisch, 2016: 114). Durch den iterativen Entwicklungsprozess war es möglich, die Nutzer*innen in die Entwicklung des Systems mit einzubeziehen. Wichtig waren vor allem Verbesserungsvorschläge und Veränderungsbedarfe, die sich aus den regelmäßigen Befragungen vor allem kurz nach der Einführung neuer oder veränderter Funktionen ergaben (Schelisch, 2016: 123). Es ist hervorzuheben, dass es bei diesem Projekt gelungen ist, das *PAUL* Konzept auch über die Projektlaufzeit hinaus weiterzuentwickeln und seit 2013 erfolgreich zu vermarkten (Schelisch, 2016: 128).

3.4 Projekte digitaler und realer Vernetzung

3.4.1 SONIA

Ein Projekt, welches die digitale Unterstützung mit der Vernetzung in der „realen“ Welt verknüpft, ist SONIA (2013-2016). In diesem Projekt wurde eine digitale Plattform konzipiert, die eng an die Region bzw. an das Quartier angebunden ist, Informationen bereitstellt und einen wechselseitigen Austausch der Nutzer*innen initiiert. Ziel war es, durch die Vernetzung im virtuellen Raum auch eine Erhöhung der sozialen Teilhabe und Vernetzung im Lokalraum zu erreichen (Verbundprojekt SONIA, 2016: 22). Der Praxistest in den drei erprobten Sozialräumen zeigte dann auch positive Auswirkungen auf die soziale Teilhabe. Dabei wurden sowohl neue sogenannte Teilhaberäume herausgebildet, existierende Teilhaberäume erweitert als auch das Engagement in bestehenden Teilhaberäumen erhöht. Durch die technischen Hilfsmittel sind für die älteren Nutzer neue Formen der Kommunikation (z.B. skypen, chatten usw.) entstanden und die sozialen Beziehungen wurden gestärkt, nicht zuletzt durch die wechselseitigen Hilfestellungen im Lernprozess. Es hat sich allerdings auch gezeigt, dass die reine Bereitstellung von Technik nicht ausreichend ist. Es ist vielmehr notwendig und förderlich, Schulungen und Hilfestellungen anzubieten. Die Untersuchung zeigte zudem, dass nicht Stadt oder Land das bestimmende Unterscheidungsmerkmal sind, sondern, dass vielmehr die Existenz und Dichte von Beziehungsstrukturen einen Einfluss auf die Netzwerkentwicklung haben (Verbundprojekt SONIA, 2016: 40). Vor allem im Quartier Rauner in Kirchheim unter Teck konnte sich die Online Plattform etablieren und es war sogar möglich, das Nachfolgeprojekt *SONIAnetz* ins Leben zu rufen. Ziel ist es hier, die bestehende Plattform weiterzuentwickeln und speziell die Adressaten der Personen mit Unterstützungsbedarf und der pflegenden Angehörigen in den Fokus zu rücken (Institut Mensch, Technik und Teilhabe, 2015).

3.4.2 Selbstbestimmt & Sicher

Thematisch ähnlich ausgerichtet ist das Projekt *Selbstbestimmt & Sicher* (2013-2016). Ziel dieses Projekts war es, innovative Systeme und Konzepte für eine bedarfsgerechte Versorgung in ländlichen Regionen zu entwickeln und zu evaluieren. Dabei wurde ein regionales Internetportal und ein soziales Netzwerk sowie innovative häusliche Monitoring-Systeme mit der Anbindung an eine Servicezentrale eingesetzt (Roth & Melle, 2016: 3). Durch die Mitwirkung der „Gesundes Kinzigtal GmbH“ war es möglich, die entwickelten Konzepte direkt im regionalen Versorgungsnetzwerk umzusetzen und zu evaluieren. Somit konnte von Beginn an eine kontinuierliche Einbindung der Anwender*innen in den Forschungsprozess erreicht werden (Roth & Melle, 2016: 4). Allerdings hat sich im Verlauf des Projekts die Akquise potentieller Nutzer*innen als sehr schwierig erwiesen. Oftmals waren die potentiellen Anwender*innen vom Nutzen überzeugt, aber die Angehörigen widersprachen einer Installation. In vielen Fällen konnte auch das gegenteilige Bild beobachtet werden (Roth & Melle, 2016: 20). Nach

Projektende lässt sich festhalten, dass die Projektlaufzeit mit 3 Jahren zu kurz war und so konnten zu der Geschäftsmodellentwicklung nur Annahmen getroffen werden, z.B. die Abschätzung möglicher zukünftiger Leistungsinhalte oder auch die Untersuchung von Refinanzierungsmöglichkeiten. Weitere Schlussfolgerungen aus dem Projekt: Es sollte eine bessere Einbindung von informellen Helfer*innen erfolgen; Technik sollte die Ressourcen des Anwenders nicht einschränken ;Technik muss immer von Menschen begleitet und angeleitet werden (Roth & Melle, 2016: 21).

3.4.3 Cicely

Ein Projekt, welches ebenfalls auf eine Verknüpfung der technischen Unterstützung und der realen Vernetzung setzt ist *Cicely* (2012-2015). In diesem Projekt ging es um die Entwicklung einer bedarfsgerechten und nutzerorientierten Technologie und Dienstleistung zur Verbesserung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV). Dabei sollte ein Pflege-Dokumenten- und Pflege-Prozess-System eingerichtet werden, welches mit einem häuslichen Monitoring-System gekoppelt war und durch Coaching- und Empowerment-Module ergänzt wurde. Weiterhin sollte eine Optimierung der Versorgung durch die sektorenübergreifende Vernetzung der beteiligten Akteure über ein Internet-Portal erfolgen (Ewig et al., 2016: 6). Ebenso wie bei *Selbstbestimmt & Sicher* erwies sich die Akquise potentieller Nutzer*innen auch bei *Cicely* als sehr schwierig. Weiterhin wurde gerade die Betreuung von Proband*innen mit geringer Technikaffinität als sehr aufwendig beschrieben. Allerdings bewerteten die Pflegefachkräfte und Patient*innen sowie Mitglieder aus den Selbsthilfegruppen das Portal und seine einzelnen Komponenten sehr positiv und gaben wertvolle Anmerkungen, die in die Weiterentwicklung einfließen (Ewig et al., 2016: 56). Es lässt sich also ableiten, dass das eingesetzte Portal und die entwickelten Pflege-Dokumenten- und Pflege-Prozess-Systeme einen sinnvollen Nutzen für die Pflegefachkräfte in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung haben. Aber auch für die Angehörigen bietet sich durch die Empowerment-Module ein wertvoller Nutzen.

3.5 Kategorien Guter Praxis

Anschließend an diese kurze Übersicht über die Projekte, ihre Ziele und die wichtigsten Erkenntnisse und Ergebnisse, erfolgt jetzt die Zuordnung der Projekte zu den einzelnen Kategorien guter Praxis.

3.5.1 Nutzer*innenorientierung

Die Nutzer*innenorientierung beschreibt zum einen den im Bereich der Technik- und Softwareentwicklung genutzten Begriff des „Usability“ bzw. „User Experience“, also der Entwicklung von Technik durch den Einbezug der Nutzer*innen (Roland Berger GmbH, 2017: 57) beispielsweise durch Usability-Tests von Prototypen. Hier steht die Iteration des Entwicklungsprozesses im Vordergrund und damit die stetige Verbesserung der Produkte (Unterauer, 2015: 5ff.). Zum anderen ist hiermit aber auch eine Erweiterung des Vorgehens im Sinne einer partizipativen Mitwirkung an der Entwicklung des Produkts gemeint (Grates & Krön, 2016; Roland Berger GmbH, 2017: 24, 62). Hier steht die frühzeitige Beteiligung der späteren Nutzer*innen im Vordergrund, die beispielsweise durch Workshops im Rahmen der Anforderungserhebung einbezogen werden (Unterauer, 2015). Aufgrund der raschen Entwicklung im telemedizinischen Bereich, um medizinische oder pflegerische Informationen zwischen Leistungserbringern einerseits und zwischen Leistungserbringern und Patient*innen andererseits zu übermitteln (Dockweiler, 2016: 258), ist aus unserer Sicht die Partizipation der Nutzer*innen in die Gestaltung der Produkte erforderlich, damit diese anschlussfähig bleiben und die Produkte so entwickelt werden, dass potentielle Nutzer*innen eine Sinnhaftigkeit für die eigene Lebenspraxis in den Produkten erkennen können (Roland Berger GmbH, 2017: 57) und damit eine höhere Akzeptanz der technischen Lösung einhergeht (Unterauer, 2015: 9).

Im Projekt Selbstbestimmt & Sicher wurde eine partizipative Design-Methode zur Entwicklung der technischen Komponenten gewählt. Damit konnte ein kontinuierlicher Einbezug der Anwender*innen (Endanwender*innen und Multiplikator*innen) in die verschiedenen Entwicklungsprozesse erreicht werden. Durch die Identifizierung der verschiedenen Anwendergruppen, z.B. pflegende Angehörige, konnten in der Untersuchungsregion verschiedene Nutzergruppen gebildet werden. Diese wurden über den gesamten Entwicklungsprozess, z.B. im Rahmen von Pilotstudien, Design-Workshops und Interviews mit einbezogen (Roth & Melle, 2016: 19).

Auch das Projekt *PAUL* verfolgte einen iterativen Entwicklungsprozess. So wurden die Proband*innen regelmäßig zu den Funktionen und der Bedienung der eingesetzten Tablets befragt, vor allem kurz nach der Einführung neuer oder veränderter Funktionen. Durch dieses Vorgehen war es möglich, Verbesserungsvorschläge direkt in die Weiterentwicklung einfließen zu lassen, aber auch, nicht genutzte Elemente zu löschen (Schelisch, 2016: 123).

Das *SONIA* Projekt verfolgte ebenfalls eine starke Bedarfs- und Nutzer*innenorientierung bei der App-Entwicklung. So erfolgte die Integration der Nutzer*innen z.B. durch Befragungen oder auch Workshops von Beginn an und in allen verschiedenen Projektphasen. Zu Beginn des Projekts wurde eine qualitative Bedarfsanalyse der Wünsche und Bedarfe der Senior*innen durchgeführt. Die daraus resultierenden Ergebnisse bildeten die Grundlage für die Konzeptentwicklung der Plattform. Im weiteren Entwicklungsprozess konnte durch die partizipative Methode eine fortlaufende Anpassung an die speziellen Anforderungen der Lebensräume der Senior*innen erfolgen. Der partizipative Designprozess diente aber vor allem der inhaltlichen und funktionalen Ausgestaltung der Plattform und bot den Nutzer*innen die Möglichkeit, sich aktiv in die Gestaltung der Plattform einzubringen (Verbundprojekt *SONIA*, 2016: 11, 31).

3.5.2 Bestandsaufnahme

Eine sorgfältig geplante Bestandsaufnahme ist aus zweierlei Sicht relevant für Projekte, die sich im Bereich der technischen Unterstützung in einem kommunalen Handlungsrahmen bewegen. Zum einen ist es notwendig, die Kommune analytisch zu beleuchten (sozialdemografisch, sozial- und infrastrukturell etc). Im Falle von Projekten, die das Ziel verfolgen, eine Netzwerkstruktur z.B. im Bereich der (vor-)pflegerischen Versorgung zu etablieren, ist eine Erhebung der Ist-Situation unumgänglich. Dabei sollte die Frage voran gestellt werden „Welche Versorgungsstrukturen gibt es bereits im Quartier/ in der Kommune und wie wirken die einzelnen Sektoren zusammen?“ Die Erhebung der Strukturen ist von Bedeutung, um die Ressourcen und Stakeholder eines Quartiers einerseits und die Versorgungslücken andererseits zu identifizieren (Mehnert & Kremer-Preiß, 2016: 9ff.). Hierzu können sowohl kommunalstatistische Daten herangezogen wie auch eine eigene Bestandserhebung durchgeführt werden. Daneben ist es auch sinnvoll, die Bedarfe, Probleme und Lücken der Versorgung durch die Perspektive der Betroffenen in Augenschein zu nehmen sowie den Forschungsstand zu dieser Thematik heranzuziehen. Im Bereich der Technikentwicklung wird ebenfalls empfohlen, dass die bisher eher „technisch orientierte[n] Anforderungsanalysen [...] durch systematische Bedarfsanalysen ersetzt werden sollten.“ (Roland Berger GmbH, 2017: 24), um die Bedarfe (und eben nicht nur Anforderungen) in den Mittelpunkt der Entwicklung sowohl von Technik als auch von Unterstützungsstrukturen zu rücken und damit ein der Lebenspraxis adäquateres Produkt zu entwickeln.

Bezüglich der Kategorie „Bestandsaufnahme“, ist insbesondere das *Cicely* Projekt zu erwähnen. So wurden zu Projektbeginn mithilfe einer Literaturrecherche die bestehenden Konzepte der Vernetzung und des Empowerments sowie die Schnittstellenproblematiken und Umsetzungshindernisse in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung erhoben. Darauf aufbauend wurden 120 Pflegefachkräfte zu den Anforderungen an Vernetzungsstrukturen und -instrumente befragt (Ewig et al.,

2016: 14). Die Ergebnisse dieser Bestandsaufnahme zeigten, dass vor allem die unterschiedlichen Vertragsstrukturen und die Integration der vielen verschiedenen Versorger als Umsetzungshindernisse betrachtet werden können (Ewig et al., 2016: 16). Daher ist eine kompetente Koordination des Netzwerks sowie vergleichbare vertragliche Strukturen und eine einfache PC-gestützte Dokumentation zur individuellen Berichterstattung notwendig. Als entscheidend für die Nutzer*innenakzeptanz technischer Geräte und Hilfsmittel zeigte die Bedarfserhebung, dass vor allem eine einfache Handhabung unabdingbar sei. Es zeigte sich jedoch auch, dass bis auf den Hausnotruf bisher eine Etablierung technischer Entwicklungen nicht gegeben ist (Ewig et al., 2016: 18). Auch für die Erarbeitung der Empowerment Module wurden eine Bestandsaufnahme und eine Literaturrecherche in verschiedenen Datenbanken durchgeführt. Das Resultat war, dass vor allem für die Empowermentkonzepte in der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung Entwicklungsbedarf bestand, da diese bisher eher selten und zudem noch wenig ausgereift waren (Ewig et al., 2016: 50).

Auch im *SONIA* Projekt erfolgte eine vielschichtige Bedarfsanalyse. So wurden qualitative Verfahren als Kombination von leitfadengestützten Interviews zur biografie- und lebensweltorientierten Befragung älterer Menschen aber auch Gruppendiskussionen und Workshops mit Sekundärnutzer*innen sowie eine Dokumentenanalyse eingesetzt, um die entsprechenden Bedarfe zu erheben (Verbundprojekt *SONIA*, 2016: 15). Im ländlichen Raum hat die Bedarfserhebung vor allem bei den 70-Jährigen und Älteren eine Technikabstinenz ergeben, wobei von einer generellen Abstinenz unabhängig vom Techniktyp ausgegangen werden kann. Allerdings ist hervorzuheben, dass ein grundsätzliches Interesse an der Technik durchaus vorhanden ist. Es existiert jedoch gleichzeitig die Befürchtung, sich benötigte Kenntnisse bezüglich des Internets und den Umgang mit einem Computer nicht mehr aneignen zu können (Verbundprojekt *SONIA*, 2016: 19). Die Ergebnisse der Bedarfserhebung zeigen, dass sich ältere Menschen, unabhängig davon ob sie im ländlichen oder städtischen Raum leben, ein Miteinander sowie Begegnungen und Informationen wünschen. Bezüglich der technischen Unterstützung ergab sich somit, dass nicht einfach der Hilfebedarf der Senior*innen adressiert werden sollte. Vielmehr sollten mithilfe der alltagstauglichen Kommunikationstechnik genau diese Aspekte des sozialen Miteinanders und Austauschs gefördert werden (Verbundprojekt *SONIA*, 2016: 21 f.).

3.5.3 Netzwerkbildung

Bezugnehmend auf Schnittstellenprobleme im Bereich der medizinischen und pflegerischen Versorgung, die bereits häufig dokumentiert wurden (Dieffenbach, Landenberger & von der Weiden, 2002: 53), ist eine Vernetzung bzw. Netzwerkbildung zwischen verschiedenen Akteuren, die zu unterschiedlichen Behandlungsphasen in den Versorgungsprozess eintreten, zu gewährleisten und die Relevanz dieser Vernetzung zu unterstreichen. Es geht bei der Vernetzung um die Gestaltung dieser Schnittstellen zwischen Sektoren (interorganisationale Netzwerkbildung), die häufig eine defizitäre Qualität

aufweisen (Bönisch, 2017; Schaeffer & Ewers, 2006). Das bedeutet, dass Patient*innen keine gute Überleitung zwischen Sektoren erfahren und sich daraufhin gesundheitliche Probleme verstärken können und dies bspw. zum Drehtüreffekt im Krankenhaus führen kann (Bönisch, 2017: 129). Seit einigen Jahrzehnten werden daher verstärkt Vernetzungsstrategien sowohl politisch gefordert und gefördert als auch auf lokaler Ebene als Mehrwert für die medizinische und pflegerische Versorgung erkannt (Dieffenbach et al., 2002). Daneben beklagen auch andere Autoren, dass medizinische Informationen über Patient*innen meistens von diesen selbst stammen, nicht jedoch durch eine systematische (digitale) Weitergabe von Informationen beispielsweise von Hausarzt zu Facharzt, was aber wünschenswert wäre (Schoen et al. 2009, zit. n. Zippel-Schultz, Helms & Schultz, 2013: 14f.). Aus der PiQ-Projekt-Perspektive betonen wir daher die Notwendigkeit einer gleichzeitigen realen Vernetzung mit einer digitalen Unterstützung derselben.

Der Aspekt der „Netzwerkbildung“ ist vor allem im Projekt Regionales Versorgungskonzept Geriatrie zu beobachten. Durch das Projekt hat sich ein gelebtes „Netzwerk Geriatrie“ entwickelt. Der zentrale Erfolgsfaktor ist dabei die enge und vertrauensvolle Zusammenarbeit des Ärztenetzes Lippe mit dem Klinikum Lippe. Als maßgeblich für die Netzwerkbildung und Akzeptanz hat sich aber auch die praktische Arbeit der Gesundheitshelferinnen herauskristallisiert. Durch den persönlichen Kontakt mit den Patient*innen und den Angehörigen aber auch durch den Austausch mit medizinischen, sozialen und beratend tätigen Akteuren fungieren sie als eine Art „Bindeglied“ zwischen den einzelnen Akteuren. Die Gesundheitshelferinnen sind inzwischen auch ein fester Bestandteil der regelmäßigen Arbeitstreffen aller Beratungsdienste in Lippe und durch ihre Koordinierungsfunktion können Beratungsangebote auch wesentlich effizienter in das medizinische Versorgungssystem integriert werden. Auch die Arbeit mit den ambulanten Pflegediensten kann durch die regelmäßigen Netzwerkkonferenzen und auch die enge Zusammenarbeit der Gesundheitshelferinnen mit den Pflegedienstmitarbeiter*innen vor Ort als sehr gut bezeichnet werden (Assmann et al., 2013: 8).

Ähnliche Entwicklungen lassen sich bei *Sektorenübergreifende Kooperation und Vernetzung* beobachten. Die entstandenen Kooperationsstrukturen konnten sich etablieren und entwickelten sich stetig weiter. Eine wichtige Struktur bot das Forum „Kooperation und Vernetzung“, welches auch nach Projektende Bestand hatte und unter der Regie der Stadt Augsburg aufrechterhalten wurde (Salzmann-Zöbeley et al., 2006: 43). Das halbjährlich stattfindende Forum agierte dabei als Kommunikations- und Arbeitsplattform für die Akteure des Gesundheits- und Altenhilfebereichs sowie der Kostenträger und diente zur besseren Vernetzung der einzelnen Akteure (Salzmann-Zöbeley et al., 2006: 40). Zudem sollte es als kommunales Kompetenzforum die Möglichkeit bieten, strukturelle Defizite und Probleme zu identifizieren und darauf aufbauend praxisnahe Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten (Salzmann-Zöbeley et al., 2006: 41). Durch das Forum konnten die Berührungspunkte der unterschiedlichen Akteure zueinander abgebaut werden und es hat sich eine neue Kommunikationskultur

entwickelt, die einen Paradigmenwechsel von der Konfrontation zu Kommunikation und Kooperation implizierte (Salzmann-Zöbeley et al., 2006: 58). Im Abschlussbericht des Projekts werden die zentralen Erfolgsfaktoren der Vernetzung noch einmal auf den Punkt gebracht. Zum einen sei vor allem der Paradigmenwechsel, von der Konfrontation zu einer Partnerschaft, als zentrales Element anzusehen. Weiterhin wird die Care-Management-Struktur als eine Voraussetzung für eine funktionierende Fallsteuerung beschrieben (Salzmann-Zöbeley et al., 2006: 78). Weitere zentrale Elemente sind zum einen das Kennenlernen der unterschiedlichen Akteure, um etwaiges Konkurrenzdenken und Wettbewerbsdruck zu minimieren, sowie das dadurch entstandene gemeinsame Vertrauen. Gerade der letzte Punkt ist als Voraussetzung für die sektorenübergreifende und lückenlose Versorgung der Patient*innen anzusehen (Salzmann-Zöbeley et al., 2006: 79). Die Kommunikationsplattform hat sich ebenfalls als zentrales Element herauskristallisiert, allerdings sind eine strukturierte Moderation, klar formulierte Zielvorstellungen und lösungsorientiertes Arbeiten notwendig. Die Zufriedenheitsabfrage zur Plattform hat gezeigt, dass für praxisrelevante Probleme durchaus umsetzbare Lösungen erarbeitet werden konnten, die sowohl den Patient*innen als auch den Mitarbeiter*innen dienen (Salzmann-Zöbeley et al., 2006: 80). Die Schlussfolgerungen aus dem Projekt sind, dass Vernetzung durchaus möglich ist, wenn alle beteiligten Akteure einen Nutzen daraus ziehen können. Kurzfristig gesehen beansprucht der Vernetzungsprozess viel Zeit, es ist aber anzunehmen, dass mittelfristig gesehen Geld und andere Ressourcen eingespart werden können. Allerdings stellen die Projektverantwortlichen auch heraus, dass für eine dauerhafte Vernetzung politische Unterstützung unabdingbar ist. Im Projekt wurden beispielsweise relevante Referate, wie das Gesundheits- und Sozialreferat sowie die Altenhilfeplanung und auch relevante Akteure wie der Bürgermeister oder Landräte frühzeitig eingebunden (Salzmann-Zöbeley et al., 2006: 82).

Im Projekt *SONIA* hat die geplante Strukturbildung bereits während des Praxistests begonnen. So ist es gelungen, die Plattform in das alltägliche Leben der Nutzer*innen zu integrieren und das Kennenlernen, Vernetzen und regelmäßige Agieren von der digitalen Plattform auch „zurück“ in das reale Leben zu übertragen. Die Evaluation hat gezeigt, dass die Nutzung der Plattform sogar einen positiven Effekt auf die soziale Teilhabe älterer Menschen hat (Verbundprojekt SONIA, 2016: 26). Durch die kommunikative Vernetzung im virtuellen Raum wurden neue Sozialkontakte geknüpft, die durch die Einbettung der Plattform in die sozialen Strukturen und Angebote vor Ort auch ins reale Leben überführt werden konnten (Verbundprojekt SONIA, 2016: 22). Im Projekt ist es gelungen Netzwerkstrukturen zu schaffen, die die Projektlaufzeit überdauern. Zudem hat sich gezeigt, dass nicht etwa Stadt und Land das zentrale Unterscheidungsmerkmal darstellen, sondern dass vielmehr das Vorhandensein und die Dichte von Sozialstrukturen eine entscheidende Rolle bei dem Vernetzungsaufbau spielen. In Rauner war das Quartiersmanagement als zentraler Akteur sehr wichtig für den

Netzwerkaufbau. In Mönchweiler hingegen übernahm die Bürgerinitiative „Generationenbrücke“ den zentralen Part im Netzwerkmanagement (Verbundprojekt SONIA, 2016: 40).

3.5.4 Schulung und Beratung

Neben einer Vielzahl von Erklärungsansätzen für die „Digitale Spaltung“ in der Gesellschaft, lässt sich festhalten, dass Technik- bzw. Internetabstinenz unter anderem durch die fehlende Kompetenz in der Nutzung von Geräten zu erklären ist (Zillien, 2009: 138, 167ff.). Darüber hinaus fehlt auch häufig das Wissen über Möglichkeiten bzw. über den Nutzen der Technik. Die Nicht-Nutzung führt zu einer sozialen und digitalen Ungleichheit und einer Verhinderung von Teilhabe und Partizipation (Zillien, 2009). Daher ist es ein besonderes Anliegen vieler Projekte, auch diejenigen, die Technik nicht selbstverständlich nutzen, als potenzielle Nutzer*innen zu gewinnen, und damit einen Mehrwert für die Personen erkennbar zu machen. Um dieses Ziel zu erreichen, ist es zwingend notwendig, Informationen durch Beratung und Schulung im Kontext der Techniknutzung bereitzustellen. Üblicherweise geschieht das in Familien über technikaffinere Personen, z.B. wenn Enkel oder Kinder den (Groß-)Eltern die Bedienung eines Computers erläutern (Schelling & Seifert, 2010: 33) und diese durch den Kontakt im Internet (z.B. E-Mail) einen sozialen Nutzen verspüren. Wesentliche Ansätze für eine individualisierte und niedrigschwellige Schulung und Beratung von Älteren für Ältere wurden bereits durch Konzepte wie z.B. die „Technikbotschafter“ initiiert und erfolgreich (auch in Gelsenkirchen) umgesetzt (Bundesministerium für Bildung und Forschung, 2013).

In der Kategorie „Schulung und Beratung“ ist vor allem *Cicely* als Gute Praxis hervorzuheben. Der Fokus wurde in diesem Projekt stark auf Coaching- und Empowerment-Module sowohl für Angehörige als auch Patient*innen gelegt. Ziel war es, den Betroffenen das für sie erforderliche Wissen zu vermitteln, ihre Selbstbestimmung und Selbstkompetenz zu stärken und ihnen Ressourcen gebündelt zur Verfügung zu stellen. Somit sollte die ambulante Palliativversorgung zu Hause selbstständig oder in Zusammenarbeit mit dem Palliativteam sichergestellt und gestärkt werden (Ewig et al., 2016: 50). Die Module wurden dabei in drei verschiedene Kategorien eingeteilt. Unter der Kategorie „Information“ wurden gebündelt Informationen zu Erkrankungen und den jeweiligen Symptomen bereitgestellt und mit weiterführenden Links z.B. zu Selbsthilfegruppen oder den Fachverbänden ergänzt (Ewig et al., 2016: 51). Das Modul „Selbsthilfe und Unterstützung“ gab den Betroffenen symptom-spezifische Hinweise. Dabei wurden Aspekte zur Alltagserleichterung, wie z.B. Bewegung und Ernährung aber auch Möglichkeiten zur Stärkung der eigenen Kräfte, thematisiert. Weiterhin konnten aber auch Hilfestellungen bei konkreten „Was tun, wenn...“-Situationen gegeben werden. Das Modul „Kontakt“ bündelte die Adressen und Kontaktdaten aller relevanten Ansprechpartner*innen der Patient*innen und bot die direkte Möglichkeit der Videotelefonie (Ewig et al., 2016: 52).

Der Themenkomplex „Schulung“ war besonders auch im *SONIA* Projekt sehr gegenwärtig und aufwendig gestaltet. Die Schulungen wurden in allen drei Praxisräumen durchgeführt und unterschieden sich lediglich leicht in der Vorgehensweise und der Gruppenzusammensetzung. Das genutzte Tablet stellte dabei vor allem für die Teilnehmenden ohne Erfahrung mit Kommunikations- und Informationstechnik eine Herausforderung dar. Um zu Beginn der Schulungen eine Überforderung der Teilnehmenden zu verhindern, wurden die Tablets so eingerichtet, dass lediglich auf die Plattform zugegriffen werden konnte und nicht etwa auf die komplexe Menüführung der Tablets. Im weiteren Verlauf und mit zunehmender Technikkompetenz wurde diese Sperrung aufgehoben und auch die anderen Funktionen des Tablets für die Anwender*innen nutzbar gemacht (Verbundprojekt SONIA, 2016: 36). Die Schulungen wurden eher als Gruppenarbeit denn als Frontalunterricht gestaltet, um eine angenehme Atmosphäre zu schaffen in der die Teilnehmer*innen keine Fragen scheuten. Der Vorteil bei dieser Vorgehensweise war, dass die Teilnehmenden direkt am Tablet-PC den Umgang mit der Technik einübten und gleichzeitig Hilfestellungen bekommen konnten (Verbundprojekt SONIA, 2016: 28). Zudem wurden neben den Schulungs- und Beratungsterminen auch Schulungsunterlagen mit Schritt für Schritt Anleitungen und Übungsaufgaben ausgegeben. Ein weiterer zentraler Punkt war das eingeführte Patensystem. Hierbei unterstützten Teilnehmer*innen, die gut mit dem Tablet zu rechkamen diejenigen Teilnehmenden die ihrerseits Schwierigkeiten bei der Bedienung hatten. Somit konnten die Projektmitarbeiter*innen ihre Unterstützung nach und nach reduzieren, um durch die Akteure vor Ort eine eigenständige und nachhaltige Betreuung erreichen zu können (Verbundprojekt SONIA, 2016: 33). Die Ergebnisse der Nutzer*innenbefragung haben gezeigt, dass die Technik vom Großteil der Probanden sehr gut angenommen und auch regelmäßig genutzt wurde (Verbundprojekt SONIA, 2016: 46). Bei der Abfrage nach Hilfe und Unterstützung zeigte sich, dass nur etwa ein Drittel der Befragten angegeben hat, etwas Hilfe zu benötigen. Hilfe sehr zu benötigen gaben sogar nur acht der 95 Teilnehmenden an. Diese Zahlen lassen die Vermutung zu, dass die Vielzahl der Schulungs- und Unterstützungsangebote die Probanden gut bei der Techniknutzung unterstützten und so viele Probleme im Umgang mit der Technik gelöst werden konnten (Verbundprojekt SONIA, 2016: 47).

Im Projekt *Pflegebegleitung* stellt „Empowerment“ die Grundorientierung neben der Kompetenzentwicklung und Vernetzung dar (Bubolz-Lutz & Kricheldorf, 2011: 25). So agieren die Pflegebegleiter*innen nach dem Leitbild „stärken statt helfen“ und kommunizieren mit den Angehörigen auf Augenhöhe, um so deren Autonomie und Selbstbestimmung zu stärken (Bubolz-Lutz & Kricheldorf, 2011: 88). Weiterhin orientieren sich die Lernarrangements sehr stark am Alltag der Angehörigen, um ihnen die bestmögliche Hilfestellung zu bieten (Bubolz-Lutz, 2012: 4). Die Empowerment-Orientierung wird auch als ein zentrales Element für die wachsende Akzeptanz der freiwilligen Pflegebegleiter*innen und ihres Engagements beschrieben (Bubolz-Lutz & Kricheldorf, 2011: 208).

3.5.5 Prävention

Unter Prävention wird in den Gesundheitswissenschaften vereinfacht der „Erhalt von Gesundheit und die Vermeidung von Krankheiten“ (Pohlmann, 2016: 13) verstanden. Dies geschieht meist durch Aufklärungsinitiativen oder durch konkrete Maßnahmen in alltagsnahen Settings. Auch technische Lösungen, die einen längeren und selbstbestimmten Verbleib in der eigenen Wohnumgebung sowie auch Sicherheit im Alter fokussieren, decken meist auch präventive Funktionen ab. Prävention meint hier das Hinwirken auf eine transparentere Versorgungsstruktur (z.B. durch digitale Informationen), um zukünftig Probleme in der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen zu verhindern sowie auf ein besseres Sicherheitsgefühl in der Mobilität (z.B. durch Notrufknöpfe). Auch im Bereich der Vermeidung von Fehlmedikationen bzw. Kontraindikation können präventive Ansätze mit Hilfe von Technik umgesetzt werden, da es hier häufig zu Problemen insbesondere bei älteren Menschen kommt (Pohlmann & Fraunhofer, 2016: 132ff.). Ein digitaler, jederzeit einsehbarer Medikationsplan wäre an dieser Stelle sinnvoll. Insgesamt bieten technische und reale Lösungen der Vernetzung ein hohes Potenzial, um präventiv zu wirken, wenn diese Potenziale auch erkannt und effektiv eingesetzt werden.

Gerade die Aufnahme in und die Entlassung aus dem Krankenhaus sind typische kritische Situationen, die wegweisend für die Versorgung älterer Menschen sind. Krankenhäuser stehen vor der schwierigen Aufgabe mit einer Vielzahl verschiedener Akteure zusammenzuarbeiten. Durch die einheitlichen Überleitungsverfahren und das Überleitungsmanagement ist es möglich den Austausch von Informationen bei der Überleitung deutlich zu verbessern und somit eine gute Versorgung der Patient*innen zu garantieren (Salzmann-Zöbeley et al., 2006: 79). Bei *Sektorenübergreifende Kooperation und Vernetzung* ist es in der Region weitestgehend gelungen, einheitliche standardisierte Überleitungsverfahren einzuführen (Salzmann-Zöbeley et al., 2006: 58). Dazu gehört neben einem Pflegeüberleitungsbogen auch eine Notfallkarte, die auch bei einer Notfalleinweisung garantieren soll, dass die wichtigsten Daten der Patient*innen zur Verfügung stehen. Zudem ist ein konkreter Versorgungspfad mit den einzelnen Versorgungsschritten und den jeweilig zuständigen Diensten und Kontakten aufgeführt. Zur besseren Übersicht und Kontrolle wird ebenfalls eine Checkliste eingesetzt, die jeden einzelnen Schritt beinhaltet und somit auch zur Dokumentation der einzelnen Überleitungsschritte dient (Salzmann-Zöbeley et al., 2006: 100 ff.). Somit kann präventiv verhindert werden, dass sich Krankheitssymptome durch eine unterbrochene Versorgungskette verschlimmern oder aber auch, dass Untersuchungen unnötigerweise doppelt durchgeführt werden.

Auch in der *Pflegebegleitung* spielt die Präventionsfunktion eine sehr wichtige Rolle. Die Wirksamkeit der persönlichen Betreuung durch einen oder eine Pflegebegleiter*in zeigte sich vor allem in der Stabilisierung des häuslichen Pflegesettings (Bubolz-Lutz & Kricheldorf, 2011: 205). Durch den Auf-

bau einer persönlichen Beziehung zu einem oder einer Pflegebegleiter*in wird den Angehörigen der Zugang zu Beratungsstellen und Netzwerken erleichtert. Aber die wohl wichtigsten Funktionen scheinen das Zuhören, Wertschätzen und Trostspenden zu sein. Es ist anzunehmen, dass die Angehörigen dadurch Kraft schöpfen, um auch schwierigere Pflegesituationen meistern und die Pflegesituation aufrechterhalten zu können (Bubolz-Lutz & Kricheldorf, 2011: 206). Insgesamt hat sich die gesundheitliche Situation der Angehörigen verbessert. So wirken die vertrauensvollen Gespräche mit der Bezugsperson präventiv und verringern die Gefahr für pflegende Angehörige, dass die psychischen Belastungen zu groß werden und vielleicht sogar Depressionen daraus resultieren (Bubolz-Lutz & Kricheldorf, 2011: 213). Die Hilfestellung hat ebenfalls positive Auswirkungen auf das familiäre Klima und die Beziehung zu dem pflegenden Angehörigen. Durch die verbesserte Beziehung ist es dem Pflegebedürftigen möglich, sich offen über Probleme und Veränderungen zu äußern, sodass ein frühzeitiges Eingreifen möglich ist. So konnte beobachtet werden, dass sich durch die Pflegebegleitung die Symptome der Gepflegten verbessert haben (Bubolz-Lutz & Kricheldorf, 2011).

3.5.6 Ethik und Datenschutz

Neben der Erfüllung von rechtlichen Bedingungen für den Umgang mit Patient*innendaten, die grundsätzlich einzuhalten sind (Leupold et al. 2016: 62ff.), ist es auch notwendig, den Umgang mit den zu verarbeitenden Daten transparent zu machen und damit die häufig geäußerten Sorgen ernst zu nehmen. Sowohl die Akzeptanz als auch die Nutzung von technischen Lösungen hängen nämlich gerade im Pflegesektor maßgeblich von dem Vertrauen ab, dass die persönlichen Daten jederzeit datenschutzkonform gesichert sind (Spyra, 2017: 305). Zudem besteht die Befürchtung eines Kontrollverlusts über die eigenen gesundheits- und pflegebezogenen Daten. In Kombination mit mangelndem Wissen über die Datenverarbeitung und -sicherheit kann schnell ein Gefühl der Abhängigkeit und Unsicherheit und damit die Angst vor einem Missbrauch der Daten entstehen (Roland Berger GmbH, 2017: 28). Daneben sind auch die ethischen Aspekte in der Technikentwicklung zu berücksichtigen und das entwickelte Artefakt einer ethischen Expertise und Diskussion zu unterziehen, um Fallstricke in diesen Bereichen zu vermeiden (Leupold, Glossner & Peintinger, 2016; Marckmann, 2016; Spyra, 2017).

Das Projekt Selbstbestimmt & Sicher hat beispielsweise einen zweitägigen Workshop zum Thema „Ethik“ veranstaltet in dem unter anderem auch Themen wie Datenschutz diskutiert wurden. Die Basis für die Workshoparbeit bildeten dabei die Ergebnisse der Studie „Altersgerechte Assistenzsysteme für ein gesundes und unabhängiges Leben“, welches vom Bundesministerium für Bildung und Forschung veranlasst wurde (Manzeschke, Weber, Rother & Fangerau, 2013). Vor allem das darin entwickelte „Meestar“-Modell (Modell zur ethischen Evaluation sozio-technischer Arrangements) war zentraler Aspekt des Workshops (vitapublic GmbH, 2013). Das entwickelte Modell unterstützt

den Prozess dabei, strukturiert ethisch problematische Aspekte herauszufiltern und darauf aufbauend Lösungswege zu entwickeln (Manzeschke et al., 2013: 13). Der Workshop wurde von den Teilnehmenden sehr positiv bewertet und vor allem der Einsatz von „Meestar“ als sehr hilfreich erachtet. So konnten mithilfe des Modells in sehr kurzer Zeit Ergebnisse mit einem starken Bezug zur Praxis erarbeitet werden (vitapublic GmbH, 2013).

Auch im *Cicely* Projekt spielte der Datenschutz eine große Rolle. So wurden im Laufe des Projekts die Datenschutzbestimmungen in Deutschland geprüft und für das Projekt nicht als Barriere, sondern vielmehr als Chance angesehen. Es muss natürlich sichergestellt werden, dass gerade bei der Übermittlung und Speicherung dieser persönlichen und sensiblen Informationen unbedingt Verschlüsselungsmaßnahmen und -techniken genutzt werden, die dem aktuellen Stand der Technik entsprechen und somit höchstmöglichen Datenschutz gewährleisten (Ewig et al., 2016: 56). So ist zum Beispiel der Zugriff auf die Patientenakte bei *Cicely* nur mit den entsprechenden Nutzerrechten und -rollen möglich (Ewig et al., 2016: 20). Ein weiterer Schutz ist die vorübergehende Speicherung der übermittelten Vitaldaten in einer Datenbank, die von außerhalb nicht zugänglich ist. Anschließend werden die Daten dann in die Pflegeakte übertragen (Ewig et al., 2016: 39). Weiterhin sind einige Zugangsdaten erforderlich, um überhaupt Vitaldaten in die Pflegeakte aufnehmen zu können. So ist zum einen die IP-Adresse und ein Authentifizierungstoken notwendig, um Zugriff auf die Datenbank zu erhalten. Zudem werden die Benutzer- und die Institutions-ID des Patienten benötigt, um die Daten korrekt zuzuordnen und Änderungen nachvollziehen zu können (Ewig et al., 2016: 41).

3.5.7 Geschäftsmodelle

Unter einem Geschäftsmodell ist ein grundlegendes Prinzip zu verstehen, „nach dem eine Organisation Werte schafft, vermittelt und erfasst“ (Osterwalder & Pigneur, 2011: 18). Es bedarf geeigneter Geschäftsmodelle, um eine tragfähige Basis für innovative Leistungsangebote schaffen zu können (Gersch & Hewing, 2012: 3). Die Innovation des jeweiligen Leistungsangebotes lässt sich dabei ausgehend von Geschäftsmodellen in den Bereichen Produkt, Markt, Geschäft und Prozess verorten (Fink & Siebe, 2016: 59). Während bei der Produktinnovation neue Marktleistungen für bereits bestehende Märkte entwickelt werden, wird ein bereits bestehendes Produkt im Bereich „Markt“ für neue Zielgruppen erschlossen. Als Geschäftsinnovationen sind solche Bereiche zu bezeichnen, in denen sowohl neue Marktleistungen entwickelt als auch neue Märkte erschlossen werden. Prozessinnovationen bestehen dann, wenn der Leistungserstellungsprozess, z.B. wie bei vorliegendem Fokus durch Einsatz neuer Technologien, umgestaltet werden kann (Fink & Siebe, 2016: 59). Insbesondere im medizinischen Bereich müssen die entwickelten Produkte einer Kosten-Nutzen-Evaluation unterzogen werden, um eine mögliche Erstattungsfähigkeit durch Kranken- und Pflegekassen zu prüfen bzw. gewährleisten und somit der Nachhaltigkeit zu dienen. Der Nutzen sollte dabei sowohl mit

Blick auf Kosten-Effizienz als auch auf die Steigerung der Lebensqualität geprüft werden (Schröder & Gersch, 2009: 9).

In einigen Projekten stellte sich allerdings die Projektlaufzeit als zu kurz heraus, um ein Geschäftsmodell zu entwickeln, sodass oftmals nur Annahmen, z.B. zu möglichen Nutzer*innen oder Finanzierungsstrukturen getroffen werden konnten (Roth & Melle, 2016: 19). Im *PAUL*-Projekt ist die Geschäftsmodellentwicklung sehr gut gelungen, sodass das System über das Forschungsprojekt hinaus weiterentwickelt wurde und seit 2013 erfolgreich vermarktet wird (Schelisch, 2016: 115).

Auch im *Cicely* Projekt fanden zwei Workshops zur Geschäftsmodellentwicklung statt. Im ersten Workshop wurden dabei zunächst die Kundensegmente betrachtet, die potentiell angesprochen werden könnten. Als zentral stellten sich hierbei die ambulanten Pflegedienste, die Tagespflegeeinrichtungen sowie die vollstationären Einrichtungen heraus. Im zweiten Workshop lag der Fokus auf einer vertiefenden Weiterarbeit der bis dahin entwickelten Erkenntnisse (Ewig et al., 2016: 58). Wobei sich im Laufe der Workshops einige Problemstellungen herauskristallisierten. So sind auf dem Markt derzeit keine aktiven Wettbewerber zu finden. Dies könnte zum einen dafür sprechen, dass der Markt für Lösungen wie *Cicely* noch unerschlossen ist. Andererseits könnte es auch ein Hinweis darauf sein, dass weitere potentielle Anbieter auf dem Markt keine Erfolgsaussichten für ein solches Konzept sehen (Ewig et al., 2016: 59). Die daraus resultierenden fehlenden Wettbewerber, der vergleichsweise kleine Zielmarkt und die unklaren ökonomischen Rahmenbedingungen ziehen ein eher defensiveres Vorgehen nach sich. So ist in Musterverträgen zwar die Vergütung für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung geregelt, allerdings werden Lösungen wie *Cicely* derzeit (noch) nicht gefördert. Allerdings erscheint der angrenzende Pflegemarkt interessant, vor allem wenn man die steigende Nachfrage und die befürchteten zukünftigen Versorgungsprobleme betrachtet (Ewig et al., 2016: 60).

Nach Projektende bei *Regionales Versorgungskonzept Geriatrie* ist es den Akteuren gelungen, eine bundesweit einzigartige Kooperation im Gesundheitsbereich in Gestalt der Case Management-Gesellschaft zu gründen. Dadurch ist es dem Klinikum Lippe zusammen mit dem Ärztenetz Lippe möglich, die erfolgreiche Arbeit der Gesundheitshelferinnen weiter fortzusetzen (Kamisli, 2017). Die ursprüngliche Zielgruppe der geriatrischen Patienten ist inzwischen auch auf chronisch erkrankte Erwachsene ausgeweitet worden. Gerade im ländlichen Raum ermöglicht diese Zusammenarbeit eine gute und reibungslose Versorgung für die erkrankten Patient*innen (Hillienhof, 2017).

3.5.8 Nachhaltigkeit

Unter Nachhaltigkeit in Projekten wird oftmals nur „eine zuverlässige Verwertung der Projektergebnisse über das Projektende hinaus“ (Schlieter, Benedict & Burwitz, 2017: 100) verstanden. Über eine solche eher ökonomisch konnotierte Nachhaltigkeit hinaus, gilt es Effekte im Auge zu haben, die ins-

besondere auf eine nachhaltige Verbesserung von Lebensqualität (z.B. durch neue integrierte Versorgungs-, Netzwerk-, Partizipationsstrukturen etc.) zielen (soziale Nachhaltigkeit). Das gilt auch für die relevante Berücksichtigung ethischer Gesichtspunkte. Projekte, die durch die partizipative Mitwirkung, sei es durch Interviews, durch Fokusgruppen, Produkttestungen oder Ko-Produktion erst zum Erfolg geführt werden, sollten auch immer den Anspruch haben, den potenziellen Nutzer*innen zu vermitteln, dass die Bemühungen nicht im Sande verlaufen, sondern eine Strategie zur Verstetigung des Projekts bereits besteht bzw. auf den Weg gebracht wird. Insgesamt lässt sich somit zwischen vielen Varianten von Nachhaltigkeit differenzieren: ökonomische, ökologische, soziale und technologische Nachhaltigkeit sowie der Umgebungsnachhaltigkeit (Schlieter et al., 2017: 100 ff.). Alle dieser genannten Nachhaltigkeitsarten sind von großer Bedeutung in der Technikentwicklung. Vor allem die Umgebungsnachhaltigkeit führt mit Bezug auf die oben genannte ethische Verantwortung im Rahmen quartiersbezogener Projekte dazu, „dass die geschaffenen Projektartefakte einen Beitrag innerhalb der Umgebung leisten.“ (Schlieter et al., 2017: 101). Dazu ist auch zu überprüfen, inwiefern auch die realen Vernetzungsstrukturen nachhaltig aufgebaut werden können, beispielsweise durch eine Koordinierungsstelle (Mehnert & Kremer-Preiß, 2016: 112ff.).

In der Kategorie „Nachhaltigkeit“ kristallisieren sich vier Projekte als Beispiele Guter Praxis heraus. Zunächst ist an dieser Stelle das Projekt SONIA zu nennen. Durch den sozialraumbasierten Ansatz und die Verknüpfung der digitalen Angebote mit den realen Lebensräumen der Seniorinnen und Senioren konnte eine Verstetigung des Angebots im regionalen Umfeld erreicht werden. So arbeitet beispielsweise das Quartiersmanagement in Rauner auch heute noch mit der entwickelten App und aktiviert ältere Menschen zur Teilhabe im Quartier (Verbundprojekt SONIA, 2016: 22). Auch die spezifische Abstimmung der Plattform auf die Bedürfnisse und regionalen Gegebenheiten erzeugte einen hohen Identifikationsgrad und trägt zur Nachhaltigkeit bei. So wurde z.B. die Plattform im ländlichen Raum Furtwangen durch Farbgebung und regionale Begriffe personalisiert. Als Beispiel sei der Ausdruck „Wunderfitz hät d Nase Gschpitz“ für „Information“ oder „Schwätze“ für die Kommunikationsfunktion zu nennen (Verbundprojekt SONIA, 2016: 28). Ein wichtiger Aspekt der Verstetigung war im SONIA Projekt auch die Bündelung der gesammelten Erkenntnisse und Erfahrungen, um diese sowohl den beteiligten Akteuren als auch Projekten mit ähnlichen Vorhaben zur Verfügung zu stellen (Verbundprojekt SONIA, 2016: 50).

Weiterhin zeigen sich auch bei Regionales Versorgungskonzept Geriatrie nachhaltige Entwicklungen. Durch die enge Zusammenarbeit des Klinikums Lippe und des Ärztenetz Lippe in Kombination mit der praktischen Arbeit der Gesundheitshelferinnen konnten nachhaltige Strukturen im ländlich geprägten Kreis Lippe geschaffen werden (Assmann et al., 2013: 78). Als entscheidender Punkt für die Etablierung des Versorgungsnetzwerks kristallisierte sich unter anderem die Akzeptanz durch und die Zusammenarbeit mit den Hausärzten heraus. Durch die enge Kooperation mit den Gesundheitshilfe-

rinnen ist es ihnen möglich, ein viel umfassenderes Bild ihrer Patient*innen zu erlangen und somit auch die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln optimal zugeschnitten auf den Bedarf zu gestalten (Sahin et al., 2016: 4). Zudem zeichnet sich durch die Übernahme von Koordinations- und Beratungsleistungen durch die Gesundheitshelferinnen eine Arbeitsentlastung für die Hausärzte ab. Im gleichen Zug profitieren auch Kliniken im Bereich des Entlassungsmanagements von der Arbeit der Gesundheitshelferinnen (Sahin et al., 2016: 6). Die Gesundheitshelferinnen sind inzwischen auch fester Bestandteil der regelmäßig stattfindenden Arbeitstreffen aller Beratungsdienste in Lippe (Assmann et al., 2013: 8). Somit vereinigt ihre Arbeit medizinische Aspekte mit den beratenden Funktionen und es wird sichergestellt, dass die Unterstützungsleistungen flächendeckend dort ankommen, wo sie wirklich gebraucht werden. Das Projekt und vor allem die Arbeit der Gesundheitshelferinnen sind in der Öffentlichkeit und bei den beteiligten Akteuren auf eine sehr breite Akzeptanz gestoßen. Der Gewinn und die Entlastung durch die Gesundheitshelferinnen war für alle Akteure spürbar und trug deutlich zu einer gut funktionierenden Zusammenarbeit bei (Assmann et al., 2013: 78). Inzwischen gilt das umgesetzte Konzept mit der Arbeit der Gesundheitshelferinnen und der sektorenübergreifenden Versorgung der Menschen als vorbildlich und wird von vielen Krankenkassen, wie z.B. der Barmer oder AOK unterstützt (Kamisli, 2017).

Auch im Projekt Pflegebegleitung ist die nachhaltige Entwicklung gelungen. So kann die bundesweite Verbreitung der Pflegebegleiter*innen ebenso wie die Entwicklung eines neuen Prototyps von Bürgerengagement verzeichnet werden. Weiterhin haben sich die Akteure zu einem „Netzwerk Pflegebegleitung“ zusammengeschlossen, um die Aufgaben der Pflegebegleitung auch über die Projektlaufzeit hinaus wahrnehmen zu können (Bubolz-Lutz & Kricheldorf, 2011: 245). Die wissenschaftliche Begleitforschung des Projekts hat gezeigt, dass einige bestimmte Faktoren das Fortbestehen der verschiedenen Initiativen fördern. Als wichtigste Aspekte wurden dabei vor allem regelmäßige Gruppentreffen, ansprechende Öffentlichkeitsarbeit und die Anbindung an einen etablierten Träger genannt. Auch den Projekt-Initiatoren kam eine wichtige Rolle zu, sollten sie doch vor allem kompetent, fördernd und motivierend aber gleichzeitig auch raumgebend agieren. Weiterhin war den Akteuren ein hohes Maß an Autonomie und Handlungsfreiräumen, ebenso wie feste Sprechzeiten zur Kontaktmöglichkeit sehr wichtig. Die Einbeziehung in Netzwerke vor Ort oder, wenn nicht vorhanden, die Gründung neuer Netzwerke bildet ebenfalls einen zentralen Aspekt. Die letzten genannten Punkte sind zum einen die Resonanz, die sich in Form von gut gelingender Praxis zeigt, und zum anderen die Anerkennungskultur, die sich aus dem Projekt heraus entwickelt hat (Bubolz-Lutz & Kricheldorf, 2011: 192). Dass sich das neue Freiwilligenprofil „Pflegebegleitung“ bundesweit entwickeln und implementieren konnte, wird auf die Support- und Kommunikationsstruktur innerhalb des Projekts zurückgeführt. So war es möglich auf Orts-, Regionalbüro-, Landes- und auch Bundesebene eng verzahnt zusammenzuarbeiten und die Nachhaltigkeit zu ermöglichen (Bubolz-Lutz & Kricheldorf, 2011:

232). Vor allem die Regionalbüros hatten durch die Aufgabe des Kontakthaltens mit den Organisationen und den Kommunen eine zentrale Rolle inne. Zentrale Erkenntnisse waren dabei die Notwendigkeit zur Implementierung von Strukturen der Kommunikation, Information und Entscheidung. Dabei sollte die Entwicklung solcher Strukturen mit allen Akteuren auf Augenhöhe erfolgen. Auch die Projekt-Initiatoren stellten im Rückblick heraus, dass die Implementierung des neuen Profils bürgerlichen Engagements ohne die Regionalbüros und ihren Einsatz nicht funktioniert hätte (Bubolz-Lutz & Kricheldorf, 2011: 233 f.).

Eine nachhaltige Etablierung der entwickelten Strukturen ist auch im Projekt *Sektorenübergreifende Kooperation und Vernetzung* zu beobachten. Die Kooperationsstrukturen konnten sowohl in der Stadt Augsburg als auch in Aichach-Friedberg etabliert werden und zeigen inzwischen eine Eigendynamik. Zudem dehnten sich die Kooperationsstrukturen weiter aus und es wurde ein Prozess in Gang gesetzt, der auf die gesamte Region übergreifen hat. Damit ist die Vernetzung im Projekt weitestgehend gelungen und es wurden Strukturen für weitere Vernetzungen geschaffen (Salzmann-Zöbeley et al., 2006: 57). Grundlage für die nachhaltige Entwicklung im Projekt war es, schon während der Aufbauphase überdauernde Strukturen zu entwickeln. Dabei lag ein besonderer Fokus auf der verbindlichen Übereinkunft zur Zusammenarbeit und der Kommunikation zwischen den einzelnen Akteuren. Neben diesen Punkten dürfen die Strukturen aber auch nicht zu starr und strikt angelegt werden, um auf sich verändernde Rahmenbedingungen reagieren zu können und die Weiterentwicklung zu gewährleisten. Zur Qualitätsprüfung und Sicherstellung der Nachhaltigkeit wurden im Projekt zudem diverse regionale Gremien ins Leben gerufen. Unter anderem etablierte sich das Forum „Kooperation und Vernetzung“ unter der Leitung des Gesundheitsreferates. Dieses dient den Institutionen des Gesundheits- und Altenhilfebereichs der Stadt Augsburg als Ort des Austauschs und der Kommunikation. Ein weiterer wichtiger Punkt der nachhaltigen Entwicklung war aber auch die neu entstandene Kommunikationskultur der einzelnen Akteure. Durch die Zusammenarbeit konnten Vorurteile abgebaut, Vertrauen gebildet und somit eine partnerschaftliche Atmosphäre geschaffen werden (Salzmann-Zöbeley et al., 2006: 77).

4 Zusammenfassung

Die Analyse der Guten Praxis hat gezeigt, dass es eine Vielzahl von Projekten gibt, die sich mit der Versorgung und deren Neugestaltung vor allem für ältere Menschen beschäftigen. Insbesondere im Bereich der technischen Unterstützung können einige vielversprechende Projekte gefunden werden, wobei einige davon noch nicht beendet wurden und die gewonnenen Erkenntnisse dieser Projekte noch nicht verfügbar sind. Oftmals zeigen sich Ergebnisse z.B. bei der Nachhaltigkeit auch erst geraume Zeit nach Projektende, sodass in diesem Feld oftmals noch keine validen Aussagen getroffen werden können. Es erfolgt nun eine kurze Zusammenfassung der Ergebnisse der Guten Praxis-Analyse; im Anschluss daran werden daraus Schlussfolgerungen für das PiQ-Projekt gezogen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass gerade im Bereich der technischen Unterstützung für ältere Menschen mit oder ohne Pflegebedarf die Aspekte Nutzer*innenorientierung und Bestandsaufnahme eine große Bedeutung haben. Mithilfe einer partizipativen Methode, die die Endnutzer*innen in die Entwicklung der Technik miteinbezieht und an der Gestaltung teilhaben lässt, lässt sich möglicherweise eine viel höhere Identifikation mit dem Endresultat erzielen. Mindestens ist aber die Wahrscheinlichkeit der wirklichen Nutzung um einiges höher, wenn der/die Endnutzer*in nicht lediglich ein im „Labor“ gefertigtes Produkt zur Verfügung gestellt bekommt, welches nicht auf Bedürfnisse und Bedarfe abgestimmt ist. Es hat sich zudem gezeigt, dass die Nutzer*innen nicht nur an der Technik als Kommunikationsmittel interessiert sind. Technische Systeme sollen vielmehr dazu dienen, mithilfe von virtueller Kommunikation, die Vernetzung auch in das reale Leben zu übertragen. Aber auch bei der regionalen Vernetzung kristallisierte sich die Bestandsaufnahme als wichtiger Ausgangspunkt heraus, um einen Überblick über die gegenwärtige Situation, die bereits bestehenden (Versorgungs-, Beratungs- und Informations-) Angebote und bestehende Kooperationen zu schaffen und darauf aufbauend die regionale oder quartiersbezogene Zusammenarbeit und Vernetzung zu initiieren.

Mit der Einführung von technischen Hilfsmitteln gerade für ältere Personen muss auch der Aspekt der Beratung und Schulung berücksichtigt werden. Die Projekte haben gezeigt, dass dieser Aspekt vor allem bei Menschen mit einer geringen Technikaffinität und -erfahrung sehr zeitaufwendig ist. Um gerade bei diesen Personen eine Überforderung zu vermeiden, hat sich die vorübergehende Einschränkung der genutzten technischen Geräte auf die Funktion der Plattform oder App als sehr hilfreich erwiesen. Im Laufe der Nutzung wurden die Anwender*innen sicherer und interessierten sich auch zunehmend für die anderen Funktionen der Tablets. Als hilfreich erwiesen sich hierbei auch Schritt für Schritt Unterlagen und Übungsaufgaben. Ein weiterer Punkt, der bei den Schulungen herausgestellt wurde, ist die Schulungsmethode eher als Gruppenarbeit aufzubauen, damit die Teilneh-

mer*innen direkt mit der verwendeten Technik arbeiten und gleichzeitig jederzeit Fragen stellen können. Abschließend muss für die Schulungen noch das Patensystem unterstrichen werden, sorgt es doch dafür, dass die Projektmitarbeiter*innen ihr Mitwirken nach und nach reduzieren können und das nachhaltige Fortbestehen der Schulungen durch die Akteure vor Ort sichergestellt wird. Neben den Schulungen haben sich aber auch Empowerment-Module für Angehörige und Patient*innen als wichtige Aspekte herausgestellt. Gerade im *Cicely* Projekt wurde der Fokus stark auf diese Art der Informationsbereitstellung gelegt. Vor allem im Zusammenhang mit häuslicher Pflege scheint diese Art der schnellen Hilfestellung bei konkreten „Was tun, wenn...“-Situationen als äußerst hilfreich und notwendig.

Weiterhin sind gerade bei dem Einsatz von technischen Hilfsmitteln in Verbindung mit der Verarbeitung persönlicher Daten die Aspekte Datenschutz und Ethik in die Planung mit einzubeziehen. Die Analyse hat leider gezeigt, dass diese Bereiche oftmals vernachlässigt werden oder keine Informationen zu etwaigen Überlegungen zu diesen Themen in den Berichten erwähnt werden. Allerdings wurde z.B. im *Selbstbestimmt & Sicher* Projekt ein zweitägiger Ethik-Workshop veranstaltet, in dem nicht nur ethische, sondern auch datenschutzkonforme Aspekte besprochen und gemeinsam erörtert wurden. Das Fazit des Workshops war die positive Bewertung des verwendeten „Meestar“-Modells als sehr hilfreich für die in relativ kurzer Zeit erarbeiteten Ergebnisse mit starkem Praxisbezug.

Als wichtiger Aspekt für die reale Netzwerkbildung zeigte sich vor allem die Zusammenarbeit zentraler Akteure einer Region. So ist bei *Regionales Versorgungskonzept Geriatrie* die enge Zusammenarbeit des Klinikums mit dem Ärztenetz Lippe als zentraler Erfolgsfaktor zu nennen. In Kombination mit der praktischen Arbeit der Gesundheitshelferinnen ist somit eine kontinuierliche und lückenlose Versorgung für die Patient*innen möglich. Die Bereitstellung eines Raums des Austauschs und der Kommunikation für verschiedene Akteure, bildet einen weiteren förderlichen Aspekt. *Sektorenübergreifende Kooperation und Vernetzung* hat mit dem Forum „Kooperation und Vernetzung“ einen solchen Raum geschaffen. Hierbei ist auch ein erfolgreicher Paradigmenwechsel von der Konfrontation zur Partnerschaft zu beobachten, der die gute Zusammenarbeit in der Region ermöglicht. Auch die Einführung von einheitlichen standardisierten Überleitungsverfahren konnte aus der Zusammenarbeit entstehen. Damit geht auch die präventive Vorsorge einher, da somit doppelte Untersuchungen vermieden werden können und eine lückenlose Versorgung gewährleistet wird.

Um die Nachhaltigkeit der entwickelten Modelle und Vernetzungsstrukturen zu sichern, ist die Geschäftsmodellentwicklung ein zentraler Punkt. Kann das entstandene (technische) Produkt erfolgreich vermarktet oder in einen Leistungskatalog (z.B. der Kranken- und Pflegekassen) aufgenommen werden, so ist die Nachhaltigkeit und Nutzung auch nach Projektende gesichert. Eine erfolgreiche Vermarktung kann im *PAUL*-Projekt beobachtet werden. Das Produkt wird dauerhaft weiterentwi-

ckelt und kann somit in unterschiedlichen Versionen vermarktet und verkauft werden. Aber auch in *Regionales Versorgungskonzept Geriatrie* kann von einer erfolgreichen Geschäftsmodellentwicklung gesprochen werden. Die Kooperation in Gestalt der Case Management-Gesellschaft gilt bundesweit als einzigartig im Gesundheitsbereich und sichert somit ebenfalls die Nachhaltigkeit der entwickelten Strukturen. Leider ist in vielen Projekten die Geschäftsmodellentwicklung zum Ende der Projektlaufzeit zu kurz gekommen, sodass oftmals nur Annahmen getroffen werden konnten.

SONIA hat gezeigt, dass eine nachhaltige Entwicklung von realen und digitalen Vernetzungsstrukturen vor allem durch einen sozialraumbasierten Ansatz erreicht werden kann. Durch die Verknüpfung der digitalen Angebote mit denen in den realen Lebensräumen im regionalen Umfeld wurde eine Verbindung zwischen diesen Welten geschaffen. Durch diese Vorgehensweise wurde das technische Gerät als Hilfsmittel für eine reale Vernetzung genutzt und konnte sogar die Teilhabe im realen Raum erhöhen. Unabdingbar für die Nachhaltigkeit in diesem Feld ist selbstverständlich zunächst die Akzeptanz und Nutzung der technischen Geräte. Diese kann beispielsweise durch die nutzerorientierte Entwicklung in Verbindung mit hilfreichen und einfach verständlichen Schulungsangeboten erreicht werden. Ist das Produkt auf die Bedürfnisse des Nutzers abgestimmt, einfach zu bedienen und erkennt der Nutzer vor allem einen Mehrwert, so ist die Wahrscheinlichkeit hoch, dass er es auch nach Projektende weiter nutzen wird, insofern er die Möglichkeit dazu hat. Aber auch unabhängig von technischer Unterstützung ist die Akzeptanz ein wichtiger Punkt: In *Regionales Versorgungskonzept Geriatrie* hat vor allem die Akzeptanz der Arbeit der Gesundheitshelferinnen durch die Hausärzte und die anderen beteiligten Akteure dazu beigetragen, dass das Konzept nach wie vor als Vorreiter gilt und die enge Zusammenarbeit sehr gut funktioniert. Bei *Sektorenübergreifende Kooperation und Vernetzung* sind die nachhaltige Entwicklung und das Fortbestehen der Kooperationen auf die verbindliche Übereinkunft der Kommunikation und Zusammenarbeit der einzelnen Akteure zurückzuführen. Zudem wurden schon während der Aufbauphase überdauernde Strukturen anvisiert und somit langfristig anhaltende Kooperationen geschaffen. Als weiterer Punkt zur Sicherung der Nachhaltigkeit wurden diverse regionale Gremien ins Leben gerufen, um den Akteuren einen Ort des Austausches und der Zusammenarbeit zur Verfügung zu stellen.

5 Schlussfolgerungen für PiQ

Welche Schlussfolgerungen können aus der Guten Praxis-Analyse nun für den Aufbau von realen Vernetzungsstrukturen mit Unterstützung einer Plattform und in Kombination mit dem Einsatz einer mobilen Applikation gezogen werden? Die Analyse der Projekte hat gezeigt, dass vor allem ein sozial-raumbasierter Ansatz mit enger Anbindung an die regionalen Gegebenheiten erfolgsversprechend ist. Dabei muss allerdings bedacht werden, dass sich die Bedürfnisse der Senior*innen je nach Sozialraum unterscheiden können. Im Hinblick auf den Aufbau einer Netzwerkstruktur der Akteure in einer Region sind weiterhin vor allem verbindliche Übereinkünfte bezüglich der Zusammenarbeit und Kooperation zu treffen. Die Strukturen und Rollen der einzelnen Akteure des Netzwerks sollten dabei für alle Beteiligten transparent gestaltet werden, um eine vertrauensvolle Basis für eine gute Zusammenarbeit zu schaffen. Dabei ist es notwendig zunächst Vorurteile zwischen den Akteuren abzubauen, um Vertrauen zu schaffen und letztendlich eine partnerschaftliche Zusammenarbeit zu ermöglichen. Um diese Zusammenarbeit zu gewährleisten, zu strukturieren und gegebenenfalls zu vermitteln, ist ein zentraler und kompetenter Akteur als Netzwerkkoordinator hilfreich und notwendig.

Weiterhin haben die Projekte gezeigt, dass vor allem den Hausärzten eine zentrale Rolle zukommt, sind sie doch meist die erste Instanz, an die sich die Patient*innen wenden. Aber auch der Einbezug aller anderen relevanten Akteure (Stakeholder) einer Region ist wichtig. Gute Erfahrungen konnten z.B. mit einem halbjährlichen Treffen aller gesundheitsrelevanten Akteure einer Region gemacht werden. Das Treffen bot die Möglichkeit als Kommunikations- und Arbeitsplattform, Defizite und Probleme der Region zu identifizieren und gemeinsam Lösungsmöglichkeiten zu erarbeiten. Gleichzeitig können bei einer solchen Veranstaltung alle Akteure zusammenkommen, sich kennenlernen und mögliche Vorurteile abgebaut werden. Die erfolgreiche Zusammenarbeit in Lippe hat gezeigt, dass vor allem der Einsatz von Case Manager*innen gewinnbringend ist. Als Bindeglied zwischen den Patient*innen und den Versorgern agieren sie sektorenübergreifend und ermöglichen die beste Versorgung für die Patient*innen. In Kombination mit der engen Zusammenarbeit des Klinikums und des Ärztenetzes in Lippe konnte sich so ein solides Versorgungsnetzwerk entwickeln, welches nach wie vor Bestand hat und mit der Gründung einer Gesellschaft nachhaltig agieren kann. Bei diesem Prozess war aber vor allem der Aspekt der Akzeptanz sehr wichtig: Zum einen die Akzeptanz der Gesundheitshelferinnen durch die verschiedenen Gesundheitsversorger; zum anderen die Akzeptanz der Strukturen durch die Öffentlichkeit. Durch rege Öffentlichkeitsarbeit konnte ein großes Interesse generiert werden und damit einhergehend auch die Akzeptanz der geleisteten Arbeit. Förderlich war hierbei mit Sicherheit auch die Unterstützung verschiedener Krankenkassen und vor allem auch die

politische Unterstützung. So haben verschiedene Projekte herausgestellt, dass eine dauerhafte Vernetzung nur gelingen kann, wenn sie kommunalpolitisch unterstützt und auch gefördert wird.

Vor dem Hintergrund des Einsatzes technischer Unterstützungssysteme kristallisierten sich einige Aspekte als förderlich oder auch hinderlich heraus. So ist vor allem die Rekrutierung möglicher Probanden durchaus schwierig, weil die Technik gerade bei älteren Teilnehmer*innen oftmals Verunsicherung und Ablehnung hervorruft. Gerade im ländlichen Raum hat sich bei den 70-Jährigen und älteren eine höhere Technikabstinez gezeigt. Dies bedeutet nicht, dass sie Technik generell ablehnen oder nicht daran interessiert sind. Vielmehr besteht die Angst, sich notwendige Fähigkeiten und Kenntnisse nicht mehr aneignen zu können. An diesem Punkt sind gut überlegte Schulungen unabdingbar. Um eine Überforderung zu verhindern, hat sich vor allem die Komplexitätsreduzierung der eingesetzten Tablets als hilfreich erwiesen. So ist es den Senioren*innen zunächst möglich nur die App zu benutzen und erst mit fortschreitender Technikkompetenz auch die weiteren Funktionen der Tablets kennenzulernen und zu nutzen. Auch das Patensystem hat sich als sehr hilfreich erwiesen, wird dadurch der Rückzug der Projektmitarbeiter*innen nach und nach ermöglicht und somit die Nachhaltigkeit der Schulungsangebote angestrebt. Weiterhin ist es bei den Schulungsangeboten auch nötig, dass sie kontinuierlich angeboten werden. Im Laufe der Nutzung der Tablets können immer mal wieder neue Fragen aufkommen. Damit die Anwender*innen mit diesen Fragen nicht allein gelassen werden und die Nutzung dadurch eventuell abbrechen, müssen also auch weiterhin Unterstützungs- und Kontaktmöglichkeiten gegeben sein.

Vor Entwicklung einer Applikation ist die Nutzer*innenorientierung und Bestandsaufnahme wichtig. Somit können bereits bestehende Strukturen und Angebote in die App integriert werden und eine Verknüpfung mit der Region bzw. dem Quartier hergestellt werden. Diese Aspekte erscheinen u.a. am wichtigsten für die Akzeptanz und Nutzung durch die Anwender*innen. Ältere Menschen wünschen sich durch Technik ein Miteinander, Kommunikation und Information. Daher hat sich die Verknüpfung der Technik mit den realen Lebensräumen als sehr relevant herauskristallisiert! Unabdingbar ist neben der Bestandsaufnahme auch die Nutzer*innenorientierung. Die Angebote müssen auf die speziellen Bedürfnisse der Nutzer abgestimmt sein und eine einfache und intuitive Bedienung gewährleistet werden. Durch Befragungen zu Wünschen oder, nach Einführen der Technik, zu Verbesserungsvorschlägen kann die Anwendung auf die Bedürfnisse der Nutzer*innen zugeschnitten und im weiteren Verlauf stetig angepasst und verbessert werden. Auch gemeinsame Workshops, in denen die Inhalte der Plattform von den Nutzer*innen selbst erarbeitet und gestaltet werden können, wurden sehr gut angenommen und scheinen empfehlenswert.

Im Hinblick auf die Verwendung sensibler gesundheitsbezogener Daten sind natürlich Themen wie Datenschutz und Ethik sehr wichtig. Gerade auch vor dem Hintergrund der Verwendung einer App

mit Ortungsfunktion herrscht gerade bei älteren Nutzer*innen oftmals Unsicherheit über den Datenschutz. An dieser Stelle muss also ebenfalls Transparenz und Aufklärung zu Themen wie „Was passiert mit meinen Daten“ oder auch „Wer hat Zugriff auf meine Daten?“ erfolgen. Die Analyse hat leider den Umstand gezeigt, dass einige Projekte die Aspekte Ethik und auch Datenschutz nicht in ihre Überlegungen mit einbezogen haben oder aber keine genauen Angaben in den Berichten gemacht haben. Da Datenschutz und Ethik aber sehr zentrale Punkte vor dem Hintergrund technischer Assistenzsysteme sind, sollte eine genaue Dokumentation der Überlegungen und der Vorgehensweise erfolgen. Damit ist sichergestellt, dass die Aspekte im Projekt große Relevanz erfahren haben und im Entwicklungsprozess beachtet wurden.

Die Bedeutung von so genannten Empowerment-Modulen hat sich im *Cicely* Projekt gezeigt. Durch diese Module war es möglich das erforderliche Wissen an die Patient*innen und die Angehörigen zu vermitteln und durch gebündelte Bereitstellung von Ressourcen die Selbstbestimmung zu stärken. Die Vorgehensweise könnte für PiQ dabei ähnlich ausfallen. Die Gliederung in die Aspekte „Was hilft bei ...?“, „Was kann ich selbst tun?“ und „Unterstützung und Hilfestellung durch ...“ bietet den Anwender*innen eine klare Unterstützungsstruktur. Durch die Verlinkung auf Adressen von regionalen Ansprechpartner*innen, ist auch die Weiterleitung an kompetente Personen gewährleistet. Auch im *TABLU*-Projekt wurden Empowerment-Module und Schulungen angeboten. Die am häufigsten genutzte Funktion war hierbei die Pflegemediathek, die Hilfsvideos zu pflegerischen Themen beinhaltete. Dahingehend wurde das Kontaktmodul nur in einzelnen Fällen genutzt. Mögliche Begründungen könnten sein, dass die wechselnden Kontaktpersonen abschreckend auf die Anwender*innen wirkten. Zudem könnte auch das Fehlen einer direkten Ansprechperson als mögliche Begründung für die mangelnde Nutzung dieser Funktion angeführt werden. Im *Pflegebegleiter*-Projekt hat sich hingegen gezeigt, dass die Pflegebegleiter*innen im Leben der pflegenden Angehörigen eine feste Instanz geworden sind. Es konnte eine persönliche Beziehung aufgebaut werden, in der es auch möglich ist, sich zu öffnen und schwierigere Themen anzusprechen. Es scheint also, dass der persönliche und vertraute Kontakt für eine solche Beziehung notwendig ist. Auch wenn die Pflegebegleiter*innen die zu betreuenden Personen teilweise nie persönlich kennengelernt haben und nur telefonisch Kontakt hatten, ist eine persönliche Beziehung entstanden, die auch präventiv für die Gesundheit der pflegenden Angehörigen agiert.

Bezüglich der Nachhaltigkeit ist es wichtig schon frühzeitig Annahmen und Überlegungen insbesondere zur Geschäftsmodellentwicklung zu treffen. Viele Projekte haben das Problem, dass die Projektlaufzeit zu kurz ist und dass am Ende zur Geschäftsmodellentwicklung aufgrund fehlender Zeitressourcen nur noch Annahmen getroffen werden können. Im *TABLU* Projekt konnte das Angebot aufgrund von zu geringer Nachfrage zum Beispiel nicht aufrechterhalten werden. Das *SONIA* Projekt zeigt hingegen, dass eine nachhaltige Implementierung einer Plattform durchaus gelingen kann. Die

Bedeutung und Wichtigkeit der Verknüpfung der virtuellen Angebote mit den realen Strukturen vor Ort, sei an dieser Stelle nochmals zu betonen! In Kombination mit einer nutzer*innenorientierten Entwicklung, der Bestandsaufnahme der bestehenden Strukturen vor Ort und der Bedarfe sowie der kontinuierlichen Einbindung der Anwender*innen in den Entwicklungsprozess, sind die besten Voraussetzungen für eine Technik, die von den Nutzer*innen auch angenommen wird. Bezüglich der Entwicklung von Netzwerkstrukturen sind vor allem die verbindlichen Übereinkünfte zur Zusammenarbeit und Kooperation, transparente Strukturen und das Vorhandensein von einer/einem kompetenten Netzwerkkoordinator*in wichtig. Weiterhin scheinen politische Unterstützung, Öffentlichkeitsarbeit und der Wille zur Zusammenarbeit bei den verschiedenen Akteuren zentrale Elemente zu sein, um ein nachhaltiges Netzwerk zu entwickeln und aufrechtzuerhalten.

Literaturverzeichnis

- Altenberichtscommission, 7. (2016). *Siebter Bericht zur Lage der älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland. Bericht der Sachverständigenkommission an das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Deutscher Bundestag, 18. Wahlperiode, Drucksache 18/10210*. Berlin. Zugriff am 24.04.2017.
- Assmann, C., Borchers, U., Iseringhausen, O., Körner, H.-C., Liebe, C., Rethmeier-Hanke, A. et al. (2013). *Regionales Versorgungskonzept Geriatrie (RVG): Berichterstattung und Evaluation* (ZIG - Zentrum für Innovation in der Gesundheitswirtschaft OWL, Hrsg.). Bielefeld. Zugriff am 12.04.2017.
- Bönisch, S. (2017). *Was bringt Vernetzung im Gesundheitswesen. Eine wirkungsorientierte Betrachtung interorganisationaler Netzwerke* (Research). Wiesbaden: Springer VS.
- Bubolz-Lutz, E. (Forschungsinstitut Geragogik e.V. (FoGera), Hrsg.). (2012). *Das "Netzwerk Pflegebegleitung"*. Zugriff am 07.06.2017. Verfügbar unter <http://www.pflegebegleiter.de/wp-content/uploads/2011/08/Pflegebegleitung-10.12.2012.pdf>
- Bubolz-Lutz, E. & Kricheldorf, C. (2011). *Pflegebegleiter* (Schriftenreihe Modellprogramm zur Weiterentwicklung der Pflegeversicherung, Bd. 6). Berlin: GKV-Spitzenverband.
- Bubolz-Lutz, E., Mester, B., Schramek, R., Streyl, H. & Wenzel, S. (2015). *Pflegebegleitung - Handbuch zum Aufbau von Initiativen zur Stärkung pflegender Angehöriger. Impulse aus dem Projekt "Unternehmen Pflegebegleitung"*. Lengerich: Pabst Science Publisher.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.). (2013). *Senioren-Technik-Botschafter. Wissensvermittlung von Älteren an Ältere*. Zugriff am 10.10.2017. Verfügbar unter http://projekte.bagso.de/fileadmin/user_upload/redaktion/Senioren-Technik-Botschafter/PDFs/Broschuere_Senioren_Technik_Botschafter.pdf
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.). (2016a). *Aktionsplan Versorgungsforschung. Forschung für ein patientenorientiertes Gesundheitswesen*. Berlin. Zugriff am 15.11.2017. Verfügbar unter https://www.bmbf.de/pub/Aktionsplan_Versorgungsforschung.pdf
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.). (2016b). *Rahmenprogramm Gesundheitsforschung der Bundesregierung*. Berlin. Zugriff am 15.11.2017. Verfügbar unter https://www.bmbf.de/pub/Rahmenprogramm_Gesundheitsforschung.pdf
- Dieffenbach, S., Landenberger, M. & von der Weiden, G. (2002). *Kooperation in der Gesundheitsversorgung. Das Projekt "VerKet" - praxisorientierte regionale Versorgungsketten*. Neuwied [u.a.]: Luchterhand.
- Dockweiler, C. (2016). Akzeptanz der Telemedizin. In F. Fischer & A. Krämer (Hrsg.), *eHealth in Deutschland. Anforderungen und Potenziale innovativer Versorgungsstrukturen* (1. Auflage, S. 257–272). Berlin: Springer Vieweg.
- Eschweiler, G. W. (2016, September). *TABLU - ein niedrighschwelliges technisches Assistenzsystem im Bereich der informellen Pflege*. Gerontologie und Geriatrie Kongress.
- Ewig, P., Felscher, A., Gerdes, V., Müller, S., Pauls, A., Ripke, T. et al. (2016). *Cicely. Technische Unterstützung und Vernetzung zur Umsetzung einer integrativen ambulanten Palliativversorgung mit Förderung der individuellen Lebensqualität*. Bericht D 7. 3 "Abschlussbericht".
- Fink, A. & Siebe, A. (2016). *Szenario-Management. Von strategischem Vorausdenken zu zukunftsrobusten Entscheidungen* (1. Auflage, neue Ausgabe). Frankfurt: Campus.
- Gersch, M. & Hewing, M. (2012). AAL-Geschäftsmodelle im Gesundheitswesen – eine empirisch gestützte Typologie relevanter Grundtypen ökonomischer Aktivitäten zur Nutzung von Ambient Assisted Living in sich verändernden Wertschöpfungsketten. In M. Gersch & J. Liesenfeld (Hrsg.), *AAL- und E-Health-*

- Geschäftsmodelle. Technologie und Dienstleistungen im demografischen Wandel und in sich verändernden Wertschöpfungsarchitekturen* (1. Aufl., S. 3–26). Wiesbaden: Gabler.
- Grates, M. & Krön, A. (2016). Partizipation Älterer in der Technikentwicklung. Ein Spannungsfeld. *Sozial Extra*, 40 (6), 40–44. <https://doi.org/10.1007/s12054-016-0106-0>
- HELP-Initiative (Hrsg.). (2014). *TABLU*. Zugriff am 13.11.2017. Verfügbar unter <http://www.tablu.de/>
- Hillienhof, A. (2017). Sektorenübergreifende Zusammenarbeit. Casemanager erleichtern Palliativversorgung. *Deutsches Ärzteblatt*, 114 (4), 181. Zugriff am 27.06.2017. Verfügbar unter <https://www.aerzteblatt.de/pdf/114/4/a181.pdf?ts=23%2E01%2E2017+21%3A21%3A38>
- Institut Mensch, Technik und Teilhabe (Hrsg.). (2015). *SONIANetz. Aufbau eines Hilfemix mittels digitaler Vernetzung von Beratungs- und Unterstützungsangeboten*. Zugriff am 22.05.2017. Verfügbar unter <http://mensch-technik-teilhabe.de/portfolio/sonianetz/>
- Jakobs, E.-M., Lehnen, K. & Ziefle, M. (2008). *Alter und Technik. Studie zu Technikkonzepten, Techniknutzung und Technikbewertung älterer Menschen* (Sprach- und Kommunikationswissenschaft - Forschungsstudie). Aachen: Apprimus-Verlag.
- Kamisli, E. (2017). Klinikum und Ärztenetz gründen Hilfsangebot für Pflegebedürftige. *Lippische Landeszeitung*, 18.01.2017. Verfügbar unter http://www.lz.de/lippe/kreis_lippe/21548241_Klinikum-und-Aerztenetz-Lippe-gruenden-einmaliges-Hilfsangebot-fuer-Pflegebeduerftige.html
- Leupold, A., Glossner, S. & Peintinger, S. (2016). eHealth: Rechtliche Rahmenbedingungen, Datenschutz und Datensicherheit. In F. Fischer & A. Krämer (Hrsg.), *eHealth in Deutschland. Anforderungen und Potenziale innovativer Versorgungsstrukturen* (1. Auflage, S. 47–82). Berlin: Springer Vieweg.
- Manzeschke, A., Weber, K., Rother, E. & Fangerau, H. (2013). *Ergebnisse der Studie "Ethische Fragen im Bereich Altersgerechter Assistenzsysteme"*. Berlin: VDI/VDE Innovation + Technik GmbH.
- Marckmann, G. (2016). Ethische Aspekte von eHealth. In F. Fischer & A. Krämer (Hrsg.), *eHealth in Deutschland. Anforderungen und Potenziale innovativer Versorgungsstrukturen* (1. Auflage, S. 83–100). Berlin: Springer Vieweg.
- Mehnert, T. & Kremer-Preiß, U. (2016). *Handreichung Quartiersentwicklung. Praktische Umsetzung, sozialraumorientierter Ansätze in der Altenhilfe*. Köln: Kuratorium Deutscher Altershilfe.
- Osterwalder, A. & Pigneur, Y. (2011). *Business Model Generation. Ein Handbuch für Visionäre, Spielveränderer und Herausforderer*. Frankfurt: Campus Verlag.
- Pelizäus-Hoffmeister, H. (2013). *Zur Bedeutung von Technik im Alltag Älterer. Theorie und Empirie aus soziologischer Perspektive* (Alter(n) und Gesellschaft, Bd. 24). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Pohlmann, S. (2016). Prävention im Alter verstehen - eine Einführung. In S. Pohlmann (Hrsg.), *Alter und Prävention* (S. 11–45). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Pohlmann, S. & Fraunhofer, A. (2016). Prävention von Medikationsfehlern im Alter. In S. Pohlmann (Hrsg.), *Alter und Prävention* (S. 131–167). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Roland Berger GmbH (Hrsg.). (2017). *ePflege. Informations- und Kommunikationstechnologie für die Pflege. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit*. Berlin.
- Roth, M. & Melle, C. (2016). *Selbstbestimmt und Sicher. "Integrierte pflegerische Versorgung im ländlichen Raum durch technikgestützte Assistenz und Koordination"* (Gesundes Kinzigtal GmbH, Hrsg.). Hausach. Zugriff am 12.04.2017.
- Sahin, C., Iseringhausen, O., Hower, K., Liebe, C., Rethmeier-Hanke, A. & Wedmann, B. (2016). Regionales Versorgungskonzept Geriatrie im Kreis Lippe. Struktureffekte und Netzwerkbildung im Case Management-basierten Modellprojekt. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. <https://doi.org/10.1007/s00391-016-1125-y>

- Salzmann-Zöbeley, Pfänder, S., Vallon, A. & Weiser, H. (2006). *Sektorenübergreifende Kooperation und Vernetzung. Ein kooperatives Modellvorhaben zur Überwindung von Schnittstellenproblemen in der geriatrischen Versorgung*. Abschlussbericht (social invest consult, Hrsg.). Augsburg. Zugriff am 12.04.2017.
- Schaeffer, D. & Ewers, M. (2006). Integrierte Versorgung nach deutschem Muster. *Pflege & Gesellschaft*, 11 (3), 197–209. Zugriff am 16.09.2016.
- Schelisch, L. (2016). *Technisch unterstütztes Wohnen im Stadtquartier. Potentiale, Akzeptanz und Nutzung eines Assistenzsystems für ältere Menschen* (Quartiersforschung). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Schelling, H. R. & Seifert, A. (2010). *Internet-Nutzung im Alter: Gründe der (Nicht-)Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) durch Menschen ab 65 Jahren in der Schweiz* (Universität Zürich, Hrsg.) (Zürcher Schriften zur Gerontologie Nr. 7). Zürich, CH: Zentrum für Gerontologie. Verfügbar unter <http://www.zora.uzh.ch>
- Schlieter, H., Benedict, M. & Burwitz, M. (2017). Nachhaltigkeit von E-Health-Projekten. In S. Müller-Mielitz & T. Lux (Hrsg.), *E-Health-Ökonomie* (S. 99–116). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Schröder, S. & Gersch, M. (2009). *Entwicklung von Geschäftsmodellen zur Unterstützung eines selbst bestimmten Lebens in einer alternden Gesellschaft. Ökonomische Evaluation*. Zugriff am 18.11.2016.
- Spyra, G. (2017). Der Schutz von Daten bei E-Health- Anwendungen. In S. Müller-Mielitz & T. Lux (Hrsg.), *E-Health-Ökonomie* (S. 305–332). Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden.
- Unterauer, M. (2015). *Workshops im Requirements Engineering. Methoden, Checklisten und Best Practices für die Ermittlung von Anforderungen* (1. Aufl.). Heidelberg, Neckar: dpunkt.
- Verbundprojekt SONIA. (2016). *Soziale Teilhabe durch technikgestützte Kommunikation. Projekt SONIA* (Ministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg, Hrsg.). Stuttgart. Zugriff am 12.04.2017.
- Vitapublic GmbH (Hrsg.). (2013). *Technik und Ethik - Workshop zum Thema Ethik bei der Entwicklung altersgerechter Assistenzsysteme*. Zugriff am 20.06.2017. Verfügbar unter <http://www.projekt.selbstbestimmt-und-sicher.de/aktuelles/technik-und-ethik-workshop-zum-thema-ethik-bei-der-entwicklung-altersgerechter-assistenzsysteme>
- Zillien, N. (2009). *Digitale Ungleichheit. Neue Technologien und alte Ungleichheiten in der Informations- und Wissensgesellschaft*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH, Wiesbaden.
- Zippel-Schultz, B., Helms, T. M. & Schultz, C. (2013) Executive Summary. In *Telemedizin. Wege zum Erfolg* (1. Aufl.) (S. 17–30). Stuttgart.