



Televersorgungskonzept zum Modellprojekt

TELAV - Televersorgung im Landkreis Vechta

Erstellt durch

Pflegepioniere
(care pioneers GmbH)

www.Pflegepioniere.de
Post@Pflegepioniere.de

Gefördert durch:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



Das Vorhaben „TELAV“ wird innerhalb des Programms Region gestalten des Bundesministeriums für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen in Zusammenarbeit mit dem Bundesinstitut für Bau-, Stadt und Raumforschung gefördert.

Inhalt

1.	Projektförderung, -leitung und -partner	1
1.1	Projektförderung	1
1.2	Projektleitung	1
1.3	Umsetzungspartner	2
1.4	Begleitende Partner	2
2.	Televersorgungskonzept	3
2.1	Der Hintergrund	3
2.2	Der Aufbau	3
3.	Eine Einführung zu und die Bedeutung von Televersorgung	4
3.1	Lösungen im Sinne einer Televersorgung	5
4.	Der Gesamtprozess – in zehn Schritten zur Televersorgung	6
4.1	Schritt 1: Methoden des Projektmanagements als rahmengebendes Handwerkszeug zum Aufbau einer Televersorgung	6
4.2	Schritt 2: Die Identifizierung der für das Vorhaben relevanten Stakeholder	7
4.3	Schritt 3: Die Ausgangssituation betrachten	8
4.4	Schritt 4: Die Formulierung und Operationalisierung von Zielen, die im Rahmen einer Televersorgung erreicht werden sollen	9
4.5	Schritt 5: Die Öffentlichkeit informieren und einbeziehen	10
4.6	Schritt 6: Durchführung von Erhebungen und Analyse (für die Entwicklung von Szenarien)	11
4.7	Schritt 7: Beteiligung aller Akteur:innen – die Entwicklungsphase	11
4.8	Schritt 8: Vorbereitungen zur Erprobung in der Praxis – die Realisierungsphase ...	13
4.9	Schritt 9: Umsetzung und iterative Anpassung der Szenarien – die Erprobungsphase (der Szenarien)	13
4.10	Schritt 10: Monitoring und Evaluation der Szenarien	14

5. Projektszenarien und -ergebnisse.....	17
5.1 Umgesetzte Szenarien	18
5.1.1 Online -Pflegerberatung.....	18
5.1.2 Online-Visiten- und Therapiedokumentation.....	21
5.1.3 Online-Kompetenzentwicklung	24
5.1.4 Online Unterstützung nach der Geburt.....	26
5.1.5 Online-Demenzberatung	29
5.1.6 Online-Gespräche zur Vorbereitung von Hausbesuchen	32
5.2 Konzipierte Szenarien	35
5.2.1 Online-Anästhesiesprechstunde.....	35
5.2.2 Schulungs- und Sensibilisierungsmaßnahmen für Hausärzt:innen zum Thema Demenz, Vernetzung zwischen den Hausärzt:innen und dem Kompetenzzentrum (KH Lohne)	37
5.2.3 Videogespräche zwischen Beschäftigten in Pflegeeinrichtungen	38
5.3 Diskutierte Szenarien.....	39
5.3.1 Online-Beratung in der Notaufnahme.....	39
5.3.2 Einsatz von Onlinelösungen der Betreuung in Pflegeheimen	40
5.3.3 Mehr Informationen für Angehörige in Pflegeheimen.....	40
5.3.4 Übermittlung von Rezepten und Verordnungen zwischen Hausärzten und Apotheken	41
5.3.5 Beratung pflegender Angehöriger	42
5.3.6 Telemedizinische Unterstützung durch die Telemedizinzentrale am Klinikum Oldenburg	42
5.3.7 Fallbesprechung mit der Neurologie mit Blick auf Demenz.....	43
6. Erkenntnisse zur Verstetigung von Strukturen einer Televersorgung.....	44

1. PROJEKTFÖRDERUNG, -LEITUNG UND -PARTNER

1.1. PROJEKTFÖRDERUNG

Das Televersorgungskonzept „TELAV - Televersorgung im Landkreis Vechta“ wurde zwischen 2021 und 2023 im Landkreis Vechta mit den Städten Vechta und Lohne als Drittmittelprojekt unter Förderung des Bundesministeriums für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen (BMWSB) sowie des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) durchgeführt.

Förderhöhe	320.000 €
Laufzeit	01.01.2021 – 31.12.2023

1.2 PROJEKMLEITUNG



Vechta ist die Kreisstadt und mit rund 33.000 Einwohnern größte Stadt des gleichnamigen Landkreises im westlichen Niedersachsen. Die Stadt hat sich intensiv mit den Möglichkeiten der Digitalisierung im Rahmen des demografischen Wandels, insbesondere im Bereich Pflege und Medizin, auseinandersetzen und hat sich daher mit dem Projekt TELAV in der Förderlinie Heimat 2.0 beworben.



Um die Pflege und Daseinsvorsorge zukunftsfähig zu machen, erarbeiten die Pflegepioniere als Partner mit ihren Kunden ergebnisstarke Lösungen. Zum Beispiel für und mit Pflegeunternehmen und Kommunen. Im Projekt setzen die Pflegepioniere die Gestaltungsworkshops um, begleiten und evaluieren die diversen Testszenarien und erarbeiten ein Televersorgungskonzept für den Landkreis Vechta.



Lohne (Oldenburg) ist ein Mittelzentrum und zweitgrößte Stadt im Landkreis Vechta im westlichen Niedersachsen. Gemeinsam mit der Stadt Vechta hat Lohne sich mit dem Projekt TELAV in der Förderlinie Heimat 2.0 beworben, um Möglichkeiten auszuloten, wie eine sinnvolle zukünftige digitale pflegerische und medizinische Versorgung im Landkreis aussehen kann.



Das Vita Centrum bietet seit vielen Jahren die Beratung und Unterstützung in den Themenfeldern „Alter“, „Behinderung“ und „Pflegebedürftigkeit“ im Landkreis Vechta an. Im Projekt übernehmen sie die Rolle des Projektmanagements, vernetzen die Akteur:innen vor Ort, suchen neue Partner:innen und Lösungen für die Testszenarien zur digital-gestützten Versorgung.

1.3 UMSETZUNGSPARTNER



1.4 BEGLEITENDE PARTNER



2 TELEVERSORGUNGSKONZEPT

Das Televersorgungskonzept ist eine Handlungsanleitung für Kommunen, um digitale Lösungen der Televersorgung bei sich zu implementieren. Televersorgung setzt sich dabei aus zwei Worten zusammen: „Tele“ bezieht sich auf das griechische Wort für „fern“, Versorgung bezieht sich auf die gesundheitliche Versorgung, damit ist die pflegerische und medizinische Versorgung vor Ort gemeint.

Televersorgung als Konzept fokussiert daher die Vernetzung der Akteur:innen bzw. Beteiligten in der Gesundheitsbranche über digitale Lösungen. Diese kann sich auf Organisationen, die innerhalb einer Region ansässig sind (interorganisationale Ebene) beziehen oder auch auf die Organisation selbst (intraorganisationaler Ebene). Im Fokus steht hierbei immer der Umgang mit veränderten Kommunikations- und Arbeitsprozessen durch den Einsatz dieser digitalen Lösungen.

2.1. DER HINTERGRUND

Das Televersorgungskonzept entstand aus dem Drittmittelprojekt "TELAV - Televersorgung im Landkreis Vechta", welches zwischen 2021-2023 im Landkreis Vechta mit den Städten Vechta und Lohne umgesetzt wurde. Es hatte das Ziel, die Kommunikation und Vernetzung der professionellen Akteur:innen in der Gesundheits- und Pflegebranche untereinander sowie zwischen diesen und den pflegenden Angehörigen zu verbessern. Hierzu sind verschiedenste Szenarien mit den Umsetzungspartnern entwickelt, konzeptioniert, zum Teil erprobt und evaluiert worden. Die Ergebnisse sind diesem Televersorgungskonzept zusammengeführt worden. Gefördert wurde das Projekt durch das Bundesministerium für Wohnen, Stadtentwicklung und Bauwesen (BMWSB) sowie durch das Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR).

2.2. DER AUFBAU

Das vorliegende Konzept gliedert sich in drei Kapitel, die unabhängig voneinander gelesen werden können. Im ersten Kapitel erläutern wir kurz die Idee der Televersorgung und deren Bedeutung, anschließend (im zweiten Kapitel) wird beschrieben, wie das Prinzip der Televersorgung im Projekt TELAV realisiert wurde und worauf bei einer Übertragung zu achten ist. Abschließend (im dritten Kapitel) werden einzelne Ansätze der Versorgung detaillierter beschrieben.

3 EINE EINFÜHRUNG ZU UND DIE BEDEUTUNG VON TELEVERSORGUNG

Wie kann die digitale Kommunikation und Vernetzung der professionellen Akteur:innen in der Gesundheits- und Pflegebranche untereinander sowie zwischen diesen und den pflegenden Angehörigen verbessert bzw. vereinfacht werden?

Bei dieser Frage setzt das Projekt TELAV an, um zu untersuchen, wie eine digitalgestützte Versorgung im Landkreis Vechta vor dem Hintergrund des zunehmenden Fachkräftemangels in der Pflegebranche, einer abnehmenden Zahl von Hausärzt:innen in ländlichen Bereichen und einer Zunahme der pflegerisch-medizinischen Bedarfe durch den demografischen Wandel aussehen kann. In unterschiedlichen Testszenarien wurden technische Lösungen wie Videosprechstunden, Online-Beratungen und -kurse oder der Datenaustausch per Smartphone, Tablet und Laptop in der Praxis erprobt und auf die Bedarfe der handelnden Akteur:innen angepasst. Zu diesen gehörten beispielsweise Patient:innen, Ärzt:innen, Pflegeeinrichtungen oder Krankenhäuser.

Für all diese Akteur:innen wird die Möglichkeit geschaffen, sich niedrigschwellig zu vernetzen, wechselseitig auf notwendige Kompetenzen und Informationen zurückzugreifen und die eigenen digitalen Kompetenzen zu stärken. Dabei werden die vorhandenen infrastrukturellen Gegebenheiten (Mobilfunk- und Netzausbau), aktuelle Entwicklungen (u.a. Digitalstrategie BMG, Pakt für den Öffentlichen Gesundheitsdienst, Gematik: Anwendungen der Telematikinfrastruktur und niedersächsische Richtlinie zur Digitalisierung im Gesundheitswesen) und die Interessen der beteiligten Institutionen und Personen berücksichtigt.

Zusammengefasst wird das Ziel verfolgt, Distanzen und Hürden im Zusammenwirken über digitale Lösungen zu überwinden: zum einen räumliche Distanzen, zum anderen Hürden im Informationsfluss. Im Ergebnis trägt der Ansatz dazu bei, die Versorgung zu gewährleisten und/oder aufrechtzuerhalten.

Heutzutage müssen Patient:innen und/oder Mitarbeiter:innen in der Gesundheitsbranche im Alltag in der Regel räumliche Distanzen (im Sinne von Wegen) zurücklegen, um eine Behandlung zu erhalten, zu erbringen oder Informationen zu bekommen. Das Konzept der Televersorgung versucht Lösungen zu etablieren, um diese Fahrten zu rationalisieren bzw. überflüssig zu machen und die räumliche Distanz digital zu überwinden. Informationen und Dienstleistungen sollen dabei niedrigschwelliger zur Verfügung gestellt und vermittelt werden – der menschliche Kontakt wird hierbei nicht ersetzt, sondern in den digitalen Raum verschoben.

Das hat mehrere Vorteile:

- Ressourcen sparen: Da Autofahrten entfallen, werden monetäre, ökologische und zeitliche Ressourcen der Beteiligten eingespart.
- Ressourcen optimieren: Freigewordene Zeitressourcen können zur Versorgung weiterer Patient:innen genutzt werden. In Zeiten des Fachkräftemangels kann so die Versorgungssituation verbessert werden.

- Mobilität der Versorgung steigern: Gerade im ländlichen Raum können ältere, pflegebedürftige oder zeitlich stark eingeschränkte Menschen so Angebote der Gesundheitsversorgung wahrnehmen, für die sie sonst keine Zeit oder keine Mobilitätsressourcen (z.B. fehlender Nahverkehr/KFZ) zur Verfügung hätten.
- Informationsdefizite mindern: Informationen werden an einem zentralen Ort, in Echtzeit und digital verarbeitet, sodass die Gefahr von Kommunikationsproblemen reduziert werden kann.

Zwei konkrete Beispiele in der bisherigen Situation:

- Eine Pflegefachperson fährt für eine Pflegeberatung zur Wohnung eines Pflegebedürftigen und spricht dort mit diesem und den Zugehörigen.
- An der gesundheitlichen Versorgung von Bewohner:innen in Pflegeheimen sind verschiedene Professionen beteiligt (Pflegefachpersonen, Hausärzt:innen und Therapeut:innen). Getrennte Dokumentationssysteme führen zu einem Mehraufwand bei der Dokumentation und zu unterschiedlichen bzw. verzögerten Informationsständen bei den Beteiligten.

3.1. LÖSUNGEN IM SINNE EINER TELEVERSORGUNG

Im obigen ersten Beispiel könnte eine Online-Pflegeberatung per Video realisiert werden, um die Fahrten unnötig zu machen. Im zweiten Beispiel könnte der gemeinsame Zugriff auf die Dokumentation dazu führen, dass die Pflegefachpersonen, Therapeut:innen und Ärzt:innen über die aktuellsten Informationen zum Gesundheitszustand der Bewohner:innen verfügen und dabei nicht auf deren Zeit zurückgreifen müssen.

Televersorgung ist somit für die gesundheitliche Versorgung relevant, weil darüber Ressourcen eingespart bzw. optimiert werden, insbesondere Zeitressourcen. Diese stehen den Menschen auf beiden Seiten für andere Dinge zur Verfügung. Im obigen ersten Beispiel spart die Pflegefachperson bzw. das zugehörige Unternehmen Zeit und Geld in der täglichen Arbeit. Durch die frei gewordene Zeit ist die Pflegefachperson in ihrer Arbeit entlastet oder kann ggf. noch eine weitere Beratung umsetzen. In der Folge unterstützt eine solche Lösung die Versorgungslage insgesamt. Im zweiten Beispiel werden die Arbeitsprozesse in der Zusammenarbeit zwischen Pflege, Therapeut:innen und Ärzt:innen verbessert. Der direkte Zugriff auf die Dokumentation sowie die Möglichkeit, die Dokumentation digital und teilweise in Echtzeit anzufertigen, vereinfacht den Prozess und spart Zeit. Gleichzeitig können alle Beteiligten gemäß dem aktuellen Gesundheitszustand handeln.

Bei Televersorgung geht es also darum, neue Wege der Kommunikation zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren sowie im Idealfall nachhaltig zu implementieren. Hierbei wird auf digitale Kommunikationsmöglichkeiten zurückgegriffen, um die räumliche Distanz zu überwinden und eine effiziente Zusammenarbeit zwischen den Akteur:innen im Gesundheits- und Pflegebereich sowie innerhalb einer Institution zu ermöglichen.

4 DER GESAMTPROZESS – IN ZEHN SCHRITTEN ZUR TELEVERSORGUNG

4.1. SCHRITT 1: METHODEN DES PROJEKTMANAGEMENTS ALS RAHMENGEBENDES HANDWERKSZEUG ZUM AUFBAU EINER TELEVERSORGUNG

Das Etablieren einer Projektmanagementstruktur durch geregelte Verantwortlichkeiten und Aufträge ist grundlegend beim Aufbau einer Televersorgungsstruktur. Darunter fällt zum Beispiel:

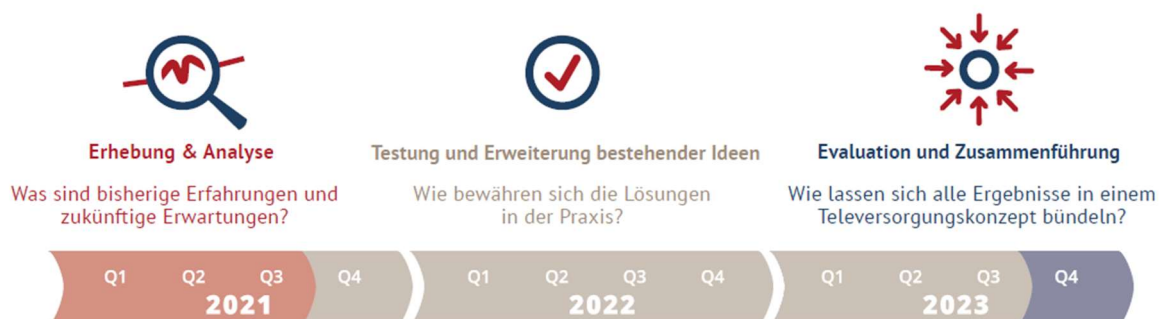
- Meilensteine und Arbeitspakete
- Einhaltung der formulierten (Teil-)Ziele
- Controlling (der Ressourcen)
- Vernetzung
- Öffentlichkeitsarbeit und Kommunikation
- Organisation

Eine wichtige Methode, um den Fortschritt des Projekts zu überwachen und die gesteckten Ziele zu erreichen, ist das Erstellen eines GANTT-Diagramms oder die Entwicklung einer Roadmap. Diese Methoden dienen dazu, das anvisierte Ziel zum Ende des Projekts sowie die Etappenziele entlang des Weges im Blick zu behalten. Das GANTT-Diagramm visualisiert den zeitlichen Ablauf der verschiedenen Arbeitspakete und zeigt deren Abhängigkeiten und zeitliche Überschneidungen auf. Durch die klare Darstellung im GANTT-Diagramm oder der Roadmap können Verantwortliche den Projektfortschritt überwachen, Herausforderungen identifizieren und rechtzeitig Maßnahmen ergreifen, um das Projekt auf Kurs zu halten. Es ermöglicht eine bessere Planung und Ressourcenallokation, um sicherzustellen, dass die Etappenziele rechtzeitig erreicht werden und das Gesamtziel des Aufbaus einer Televersorgungsstruktur nicht aus den Augen verloren wird.

Auch im Projekt TELAV sind zentrale Fragestellungen, Ziele, Meilensteine und Arbeitspakete formuliert worden, die sich in einem GANTT-Diagramm wiederfinden.

Ein aufbereiteter Zeitstrahl fasst die einzelnen Phasen im Projekt zusammen:

Projektverlauf



Unsere „lessons learned“ aus dem Projekt bei Schritt 1:

- Ein regelmäßiger interner Austausch sowie mit den Beteiligten ist sinnvoll und hilfreich; insbesondere vor der Einführung von online Lösungen und in der ersten Phase der Erprobung.
- Die Umstellung vom Format eines Gesamtworkshops mit allen Partnern zur Konzeptentwicklung auf Einzelgespräche hat sich für die Entwicklung und Ausgestaltung der Szenarien als effizienter erwiesen und führte zudem zu weiteren Szenarienideen.
- Es wäre ratsam gewesen, einen längerfristigen Plan zur Kommunikation mit den Entscheidungsträgern bei den Projektpartnern zu haben und diese regelmäßiger einzubinden und so Entscheidungsprozesse zu beschleunigen.
- Eine zielgruppenspezifische Öffentlichkeitsarbeit war erfolgreich. Die Präsenz auf den sozialen Medien erreicht trotz zu wenig Personen, vermutlich, da das Thema (scheinbar) nicht jeden betrifft.
- Technologie-Unternehmen waren wenig flexibel und konnten nicht auf individuelle Bedürfnisse eingehen (zum Beispiel bei der Gestaltung der Oberfläche der Software). Auch ein Kriterienkatalog zur Auswahl von Software-Lösungen erfasst nicht immer die realen Notwendigkeiten und dies macht sich erst in einer späteren Phase bemerkbar.
- Die Annahme, dass die Umsetzungspartner über die eigene IT-Infrastruktur (Funktionen der eingesetzten Software und deren Potenzial) informiert sind, trifft nicht unbedingt zu. Daher empfiehlt es sich, die IT-Abteilung frühzeitig in den Prozess einzubeziehen.

4.2. . SCHRITT 2: DIE IDENTIFIZIERUNG DER FÜR DAS VORHABEN RELEVANTEN STAKEHOLDER

Die mitwirkenden Partner:innen leisten einen wichtigen Beitrag zur erfolgreichen Einführung und Umsetzung einer Televersorgung. Eine Stakeholder-Analyse zu Anfang hilft, die relevanten Partner:innen zu identifizieren und für das Vorhaben gewinnbringende Kooperationen zu schaffen. So sind beispielsweise Städte und/oder Landkreise als Interessenspartnerin für die Initiierung und den Verlauf des Projekts wesentliche Stakeholder (sie kennen die relevanten Gruppen, unterhalten langjährige Netzwerke und treten als neutrale Institution auf). Im Projekt TELAV hat sich diese Methode bewährt, um das gesamte Einsatzfeld im Blick zu behalten sowie innerhalb der einzelnen Ansätze einer Televersorgung festzustellen, welche Institutionen und Personen von dem Szenario betroffen sind, wie groß ihr Einfluss ist und wie sehr sie sich eine Veränderung der Situation wünschen. Es empfiehlt sich, wie das Projekt TELAV bestätigte, die Stakeholder-Analyse fortlaufend zu aktualisieren.

Unsere „lessons learned“:

- Durch die Durchführung und der späteren Aktualisierung der Stakeholder-Analyse sind weitere, potenzielle Projektpartner identifiziert worden. Sowohl für die Umsetzung einzelner Szenarien als auch für die Multiplikation von Projektinformationen.
- Das Wissen sowie das „mitgebrachte“ Netzwerk der beteiligten Akteur:innen hat sich als außerordentlich hilfreich herausgestellt, um weitere Akteur:innen für das Projekt zu gewinnen.
- Eine Vorabprüfung der vorhandenen IT-Infrastruktur bei den Umsetzungspartnern als Grundlage der Szenarienkonzeption hätte zu einem geringen Ressourceneinsatz (Zeit und Geld) geführt.

4.3. SCHRITT 3: DIE AUSGANGSSITUATION BETRACHTEN

Zu Beginn wird die Ausgangssituation in der Kommune betrachtet.

- Wie weit ist der Breitbandversorgung vorangeschritten?
- Wie sieht die medizinische und pflegerische Versorgungslandschaft aus?
- Mit welcher demografischen Entwicklung wird für die kommenden Jahre gerechnet?
- Welche Potenziale hat die Region?

Hierfür eignet sich die SWOT-Analyse als Methode, um Handlungsfelder bzw. Themenschwerpunkte (mit aktueller Relevanz) zu identifizieren und Ziele für das Vorhaben abzuleiten, zu diskutieren und letztlich zu formulieren.

Für den Landkreis Vechta wurden im Projekt TELAV zu Projektbeginn folgende Merkmale herausgearbeitet:

- Der Landkreis Vechta ist noch jung und erlebte über die letzten Jahrzehnte einen steten Bevölkerungszuwachs.
- Noch gibt es keinen massiven Mangel an Hausärzt:innen und Pflegefachpersonen, aber die Tendenzen (s. etwa Ergebnisse der Robert Bosch Stiftung, 2021)¹ in diese Richtung sind erkennbar.
- Schnelles Internet ist in den Städten vorhanden, auch wenn noch diverse Außenbereiche unterversorgt sind.
- Die Krankenhäuser der Umgebung (Cloppenburg, Vechta, Lohne und Damme) gehören zur übergeordneten Sr. Euthymia Stiftung und planen Kooperationen².

¹ <https://www.bosch-stiftung.de/de/publikation/gesundheitszentren-fuer-deutschland>

² Im Verlauf des Projektes ist mitgeteilt worden, dass die Krankenhäuser Vechta und Lohne zukünftig zusammengelegt werden (siehe: <https://www.kma-online.de/aktuelles/klinik-news/detail/kliniken-vechta-und-lohne-werden-zusammengelegt-schwester-euthymia-stiftung-48374>).

- Die Pflegeeinrichtungen nehmen den in der Coronahochphase beschriebenen Druck massiv war und suchen nach einfachen Lösungen.

Es hat sich im Projekt als zielführend herausgestellt, wenn die Praxispartner:innen über eine gute Infrastruktur verfügen, d.h. zuverlässige Breitbandversorgung und technische Ausstattung vor Ort, Erfahrungen mit Videokonferenzsystemen und anderer Software. Diese Gelingensbedingungen können bereits bei der Auswahl der Partner:innen aus der Praxis berücksichtigt werden, wenn diese Kriterien wiederum bei Schritt 2 und 3 mitgedacht werden.

Unsere „lessons learned“:

- Die Anwendung der Methoden Customer Journey und Personas in den Workshops war für den Prozess der Szenarienentwicklung sehr zielführend.
- Die Durchführung einer Bestandsaufnahme zur Beschreibung der Ausgangssituation ist aufwendig und benötigt zeitliche wie personelle Ressourcen. Diese sind jedoch gut investiert und die beschafften Informationen begünstigen den Projektverlauf.

4.4. SCHRITT 4: DIE FORMULIERUNG UND OPERATIONALISIERUNG VON ZIELEN, DIE IM RAHMEN EINER TELEVERSORGUNG ERREICHT WERDEN SOLLEN

Die abzuleitenden Ziele³ ergeben sich häufig aus der Erfassung und Beschreibung der Ausgangssituation (bzw. der SWOT-Analyse) und konkretisieren das umzusetzende Vorhaben. Im Projekt TELAV sind mehrere übergeordnete Ziele formuliert worden, die sich auch auf andere Regionen übertragen lassen:

4. Den Alltag der pflegenden Angehörigen erleichtern und die pflegerisch-medizinische Versorgung im Landkreis Vechta sichern.
5. Die Menschen sollen lange und gut in den eigenen vier Wänden leben können.
6. Durch eine vereinfachte Kommunikation der Gesundheitsfachkräfte sollen Wege und Zeit eingespart werden.
7. Die Erfahrungen, Erwartungen und Bedarfe der Akteur:innen im Gesundheitswesen im Landkreis Vechta mit Blick auf die Digitalisierung ihrer Branche erfassen und innerhalb der Televersorgung berücksichtigen.

³ Bei der Zielformulierung ist die *SMART-Methode* eingesetzt worden.

Die Klärung der notwendigen und vorhandenen Ressourcen zur Zielerreichung sollte bereits während der Zielformulierung erfolgen. Gleichzeitig sind Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten abzustimmen. Beides führt dazu, dass die Erreichung der Ziele realistisch bleibt. Im Projekt TELAV sind neben den übergeordneten Zielen auch Ziele innerhalb der unterschiedlichen Szenarien mithilfe von SMART und der Wirkungstreppe (siehe Schritt 7 bis 10) in den Workshops formuliert worden. Dies führte auch zur Einschätzung, ob ein Szenario realisierbar ist oder nicht (siehe Projektszenarien und -ergebnisse).

Unsere „lessons learned“:

- Die Verständigung über Zielebenen führt zu Orientierung und Fokussierung im eigenen Handeln. Die Formulierung von zu vielen Zielen bewirkt hingegen das Gegenteil.
- Durch die Auseinandersetzung mit den Zielen herrscht Klarheit darüber, was genau getan wird und wofür.
- Die größte Herausforderung bei der Formulierung und Operationalisierung von Zielen ist, dass sich alle an die Ziele gebunden fühlen müssen. Hierfür gilt es insbesondere das „R“ (realistisch) bei SMART im Blick zu behalten.

4.5. SCHRITT 5: DIE ÖFFENTLICHKEIT INFORMIEREN UND EINBEZIEHEN

Informationen über das geplante Vorhaben und während der Vorhabenlaufzeit sind von hoher Relevanz. Eine Projekthomepage, die Veröffentlichung von Zeitungsartikeln, das Vorstellen des Projekts bei relevanten Multiplikator:innen sind wichtige Aktivitäten, um das Vorhaben bekannt zu machen und zur Mitwirkung aufzurufen. Im TELAV-Projekt stellt die Homepage eine zentrale Anlaufstelle dar, worüber Informationen zum Projekt (z.B. Flyer, Videos, Pressemitteilungen) bereitgestellt, beteiligte Institutionen und Personen vorgestellt und die Szenarien selbst online vorgestellt gestellt werden.

Unsere „lessons learned“:

- Veröffentlichte Zeitungsartikel erzielten durchaus eine hohe Reichweite (u.a. Anstieg der Klickzahlen auf der Homepage).
- Regelmäßige Veröffentlichungen erreichen mehr Aufmerksamkeit. Eine konkrete Kommunikationsstrategie unterstützt diesen Prozess.
- Ein aufgrund von Verzögerungen bei Partner:innen verlängerter Entwicklungsprozess erschwerte eine gelingende Kommunikation von (Zwischen)Ergebnissen.

4.6. SCHRITT 6: DURCHFÜHRUNG VON ERHEBUNGEN UND ANALYSE (FÜR DIE ENTWICKLUNG VON SZENARIEN)

In der Erhebungsphase (Q1-Q3 2021) vor der Entwicklung der Szenarien wurden die Sichtweisen und Wünsche der pflegenden Angehörigen erfragt, sodass diese in die Gestaltung verschiedener Szenarien mit einfließen können. Aus der Perspektive pflegender Angehöriger meint „Televersorgung“ die Vernetzung und den erleichterten Austausch zwischen pflegenden Angehörigen und professionellen Akteur:innen der Gesundheits- bzw. Pflegebranche (insbes. Pflegefachpersonal, Hausärzt:innen, Krankenhäuser). Hierzu können bspw. Lösungen wie eine Videosprechstunde, Online-Beratungen und -kurse oder auch ein vereinfachter Austausch von Daten gehören.

In Experteninterviews wurden die Professionen der Gesundheits- und Pflegebranche und in schriftlichen Online-Interviews die pflegenden Angehörigen zur gesundheitlichen Versorgung im Landkreis Vechta wie auch zu ihren Einstellungen zur Nutzung digitaler Angebote befragt. Die Ergebnisse aus den Interviews, Fragebögen mit professionellen Akteur:innen und der schriftlichen online Befragung von pflegenden Angehörigen können unter www.pflegepioniere.de abgerufen werden.

Unser „lessons learned“:

- Eine zielgruppenspezifisch aufbereitete Kommunikation sowie die gezielte Ansprache der Zielgruppen führten zum Erfolg.

4.7. SCHRITT 7: BETEILIGUNG ALLER AKTEUR:INNEN – DIE ENTWICKLUNGSPHASE

Sind die „Vorarbeiten“ erfolgt (hier Schritt 1-6), schließt sich die Beteiligung der Akteur:innen an der Entwicklung der Szenarien an. Im Rahmen des Projekts TELAV wurden verschiedene Workshops durchgeführt, um die Zusammenarbeit der Beteiligten zu fördern und Lösungsansätze zu erarbeiten.

1. **Auftaktworkshop (Kick-off):** Die Beteiligten werden zusammengebracht und können sich gegenseitig kennenlernen. Gleichzeitig wird inhaltlich gearbeitet. Im Projekt wurden die Ergebnisse der Erhebungen vorgestellt, die Kommunikationspfade der Praxispartner:innen aufgezeigt und Herausforderungen aufgedeckt.
2. **Gestaltungsworkshops:** In diesen Treffen kommt es zur Beschreibung und Diskussion der verschiedenen Problemstellungen; dabei werden konkrete Szenarien als Lösungsansatz entworfen.

3. **Mini-Workshops:** Dabei handelt es sich um einrichtungsbezogene Workshops zur detaillierten Ausarbeitung eines Szenarios (und zur Entwicklung neuer Ideen). Dieser arbeitet die Besonderheiten und Spezifika der Einrichtung wie auch der Adressat:innen heraus. Hierzu eignet sich die Personas-Methode. Auch ein Flussdiagramm zur Beschreibung eines spezifischen Arbeitsprozesses innerhalb eines Szenarios bietet sich an.
4. **Angehörigenworkshops / -befragungen:** Angehörigenworkshops können eine sinnvolle Ergänzung darstellen. Im Projekt konnte ein solcher aufgrund der geringen Nachfrage nicht realisiert werden. Daher wurden Gespräche / Interviews mit Akteur:innen und Gruppen innerhalb des Landkreises geführt. Dazu gehörten einzelne pflegende Angehörige, Selbsthilfegruppen von pflegenden Angehörigen und Senior:innengruppen.

Neben den einzelnen Workshops, ob in einer größeren Gruppe oder in 1:1-Gesprächen, wird es vermutlich viele weitere Gespräche benötigen, um Prototypen von Szenarien zu erstellen und diese letztendlich in die Praxis zu überführen. Nicht alle entwickelten Ideen können realisiert werden. Im Projekt sind durch die vielen Gespräche und neugeschaffenen Verbindungen bzw. Netzwerke jedoch wiederum neue Ideen entstanden, die auch in die Umsetzung gekommen sind (zum Beispiel der Chatbot zur Nachsorge nach der Geburt)⁴.

Unsere „lessons learned“:

- Entscheidungsträger:innen sollten von Beginn an und immer wieder einbezogen werden. Personen, die selbst keine Entscheidungen treffen können, führen nicht immer Gespräche mit Entscheidungsträger:innen in den Unternehmen.
- Mehrere kleinere Workshops waren sehr gewinnbringend. Ein positiver Nebeneffekt war, dass viele weitere Ideen für Szenarien entstanden sind.
- Probleme können benannt werden, die Erarbeitung von Lösungsansätzen erwies sich teilweise als schwierig. Es braucht daher den regelmäßigen Austausch und stetige Impulse.

⁴ Eine ausführliche Beschreibung der erprobten, konzipierten und andiskutierten Szenarien erfolgt ab Seite 13.

4.8. SCHRITT 8: VORBEREITUNGEN ZUR ERPROBUNG IN DER PRAXIS – DIE REALISIERUNGSPHASE

Eine Auswahl der umzusetzenden Szenarien ist auf Grundlage der vorherigen Schritte erfolgt. Nun wird der im Szenario theoretisch beschriebene Prozess bzw. die Prozesse in den Alltag der Praxis überführt. Hierbei können Herausforderungen auftauchen, die in der theoretischen Konstruktion des Szenarios bzw. der Szenarien nicht zu erkennen waren.

Unsere „lessons learned“:

- Die Vorbereitung der technischen Voraussetzungen zur Anwendung neuer Softwarelösungen (bspw. Videosprechstunde) mit den hausinternen IT-Systemen kann sich als deutlich zeitaufwendiger herausstellen als geplant.
- Wichtig ist die frühzeitige Einbindung der Personen, die an der Umsetzung eines Szenarios beteiligt sind, damit sich diese nicht überrumpelt fühlen. Gleichzeitig sollten diese erst eingebunden werden, wenn die Umsetzung in relativer zeitlicher Nähe erfolgt, sonst kann das Gefühl entstehen, dass den Worten keine Taten folgen.

4.9. SCHRITT 9: UMSETZUNG UND ITERATIVE ANPASSUNG DER SZENARIEN – DIE ERPROBUNGSPHASE (DER SZENARIEN)

Die entwickelten Szenarien werden zu einem eigenen Prozess innerhalb der alltäglichen Arbeit. In der Anfangsphase ist der Prozess noch nicht ganz auf die anderen Arbeitsprozesse eingestellt und auch das durch das Szenario geschaffene Angebot ist für diejenigen neu, die es in Anspruch nehmen. Der Gewöhnungsprozess an das Szenario braucht Zeit, so auch im Projekt TELAV. Es hat sich gezeigt, dass der Unterstützungsbedarf in der Anfangsphase für die Partner:innen aus der Praxis hoch ist. Nach einiger Zeit geht der neu geschaffene Prozess in ein routiniertes Handeln über, sodass der Bedarf an Unterstützung nachlässt. Dennoch sind dauerhafte Unterstützungsstrukturen notwendig, die jedoch von dem jeweiligen Software-Anbieter z.T. vorgehalten werden. Zur Nachsteuerung der Szenarien (Wie bewähren sich die Lösungen in der Praxis? Was läuft gut und was läuft weniger gut?) ist im Projekt die Methode der Retrospektive eingesetzt worden.

Unsere „lessons learned“:

- Ausreichend Zeit für Abstimmungsprozesse sowie für den Theorie-Praxis-Transfer einplanen.
- Für die Auswahl der einzusetzenden Software ist viel Kommunikation und Sorgfalt (Anwendung der Personas Methode, Ausprobieren möglicher Software-Anwendungen) erforderlich. Gerade bei mehreren Beteiligten (Ärzt:innen, Pflege und Therapeut:innen) sind viele Abstimmungsprozesse erforderlich.
- Rechtliche Vorgaben (bspw. eVerordnungen) und regionale, wie institutionelle Besonderheiten sind zu berücksichtigen.

- Die Erhebung von Daten wird durch die „Aufforderung“ zur Teilnahme und keine „freiwillige Teilnahme ohne Aufforderung“ sichergestellt.
- Sowohl beim Start als auch bei der Umsetzung des Szenarios kommt es bspw. durch Krankheit, Verschiebung von Prioritäten oder interne Kommunikationsmissverständnisse zu Verzögerungen. Die Fokussierung darauf, dass „Minimal-Ziel“ zu erreichen hat sich in einem solchen Fall als zielführend herausgestellt.

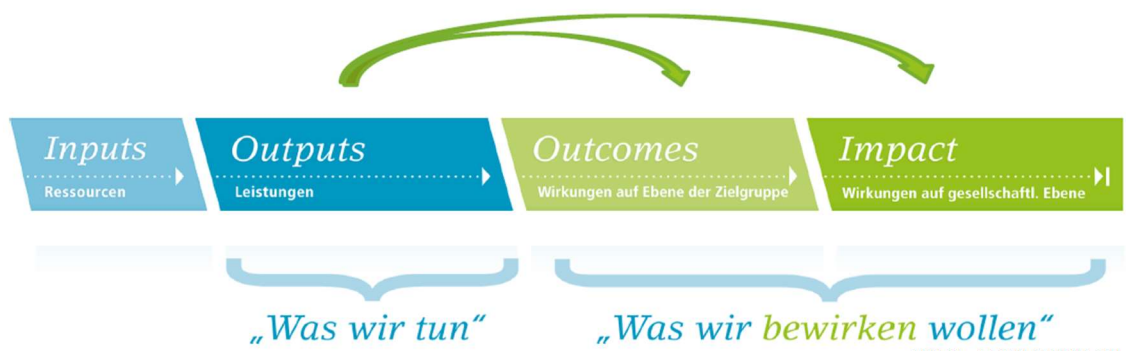
4.10. SCHRITT 10: MONITORING UND EVALUATION DER SZENARIEN

Die digitale Vernetzung und Kommunikation verändert Prozesse und Arbeitsabläufe im Gesundheitswesen. Die Erfassung dieser Veränderungen ist das Ziel der Evaluation, die sich an dem Modell der Wirkungsorientierung⁵, entwickelt durch die PHINEO gAG, ausrichtet und als grundlegende Systematik für die Evaluation genutzt wird. Denn: Wirkungen sind Veränderungen, die in Folge einer gezielten Intervention (dem Projekt TELAV) vor Ort im Landkreis Vechta, bei den adressierten Zielgruppen oder deren Lebensumfeld auftreten können. „Wirkungen“ sind mittelbare, nicht direkt beeinflussbare gesellschaftliche Veränderungen vor Ort („Impact“).

Bei einzelnen Zielgruppen lösen die umgesetzten Maßnahmen unmittelbare Wirkungen oder Veränderungen aus bzw. sollen diese erreichen („Outcomes“). Für die tatsächlich erreichten Wirkungen auf individueller und gesellschaftlicher Ebene ist sowohl die inhaltliche Ausgestaltung von einzelnen Maßnahmen entscheidend als auch die Qualität der Umsetzung („Output“).

Beide müssen den Bedarfen der jeweiligen Zielgruppen gerecht werden und stehen im Zusammenhang mit den eingesetzten Ressourcen, wie zum Beispiel dem Personal, den Infrastrukturen und den Finanzmitteln („Input“). Die IOOI-Wirkungskette verdeutlicht, wie Wirkungen entstehen:

Die IOOI-Wirkungskette:



⁵ „Wirkungsorientierung bedeutet, dass ein Projekt darauf ausgelegt ist, Wirkungen zu erzielen, und es entsprechend geplant und umgesetzt wird“ (PHINEO gAG 2021).

Für das Verständnis der Wirkungslogik ist es wichtig, die einzelnen Bestandteile zu kennen und zu wissen, wie diese zusammenhängen. Eine Wirkungslogik als Ganzes kann sich so darstellen wie in der folgenden Abbildung der Wirkungstreppe:⁶



Quelle: PHINEO gAG 2023

In Projekten wie TELAV lässt sich die Wirkung von Aktivitäten und Maßnahmen (Szenarien) durch eine aufgeschlüsselte Wirkungslogik mit klaren Zielformulierungen und überprüfbaren Indikatoren durch Monitoring und Evaluation analysieren.

Wie werden die Wirkungen analysiert?

Im Projekt TELAV hat sich mit Blick auf die einzelnen Szenarien ein schrittweises Vorgehen bewährt:

1. Ausgangslage ermitteln (bspw. Internetrecherche, Dokumentenanalyse, Problem- und Bedarfsanalyse/SWOT)
2. Zielgruppen bestimmen (bspw. Personas-Methode)
3. Ziele formulieren und Indikatoren festlegen (SMART, Wirkungstreppe)
4. Erhebungsmethoden festlegen und Erhebungsplan erstellen (quantitativ und / oder qualitativ)
5. Erhebungen durchführen und Daten auswerten (Wirkungsanalyse)

⁶ Phineo gAG; Bettina Kurz, Doreen Kube, "KURSBUCH WIRKUNG - DAS PRAXISHANDBUCH FÜR ALLE, DIE GUTES NOCH BESSER TUN WOLLEN", Download über: <https://www.phineo.org/magazin/was-ist-soziale-wirkung> (Stand 23.11.2023)

6. Ergebnisse festhalten, Erkenntnisse ableiten und in das Televersorgungskonzept überführen.

Qualitative Erhebungsmethoden umfassen die Beobachtung von Alltagshandeln durch verschiedene Beobachtungsprotokollformen (Video, Beobachtungsprotokoll etc.), Interviews mit Expert:innen, ausgewählten Personen im Einzelgespräch oder in der Gruppe. Um eine Vielzahl an Daten zu erfassen und auszuwerten, sind auch quantitative Erhebungsmethoden von Bedeutung (z.B. Fragebogen, technisches Monitoring der Website). Im Projekt TELAV wird ein Mix aus beiden Methoden zur Erfassung und Auswertung der Daten gewählt, d.h. es werden Interviews mit den an den Testszenarien beteiligten Personen geführt und Fragebögen an die Personen, die das Angebot in den Testszenarien in Anspruch nehmen, ausgegeben.

Unsere „lessons learned“:

- Eine konzeptionell ausgearbeitete Evaluation inklusive Erhebungsplan hilft bei vielen unterschiedlichen Szenarien, die Daten systematisch zu erfassen und auszuwerten. Auch können neu hinzukommende Szenarien ohne größeren Aufwand evaluiert werden.
- Eine Evaluationskonzept ist die notwendige Voraussetzung für eine gelingende Evaluation, gleichzeitig braucht es ausreichend Erhebungszeiträume und Proband:innen für aussagekräftige Daten.

5 PROJEKTSZENARIEN UND -ERGEBNISSE

Im Projektverlauf wurden mit den beteiligten Partner:innen diverse potenzielle Szenarien diskutiert. Dabei kam es zu einer Selektion, an deren Ende diejenigen Szenarien umgesetzt wurden, die für die Einrichtung umsetzbar, sinnvoll und praktikabel erschienen. In der Übersicht aller Szenarien lassen sich diese in drei Kategorien teilen:

1. „umgesetzt“: Diese sechs Szenarien wurden entwickelt, erprobt und (im Projektverlauf) evaluiert. Diese Szenarien werden in diesem Dokument ausführlich beschrieben.
2. „konzipiert“: Diese Szenarien wurden ausführlicher besprochen und grundlegend konzeptuell ausgearbeitet. Sie wurden aus verschiedenen Gründen nicht im Projekt umgesetzt.
3. „diskutiert“: Diese Szenarien wurden im Projekt als potenziell (für die Partner:innen oder andere Einrichtungen) interessant bewertet und diskutiert. Sie wurden begründet nicht weiter ausgearbeitet und dienen an dieser Stelle als Anregung.

Nachfolgend werden die Szenarien beschrieben, indem jeweils der Hintergrund und die Idee erläutert und das Vorgehen sowie die Ziele erklärt werden. Bei nicht umgesetzten Szenarien, die diskutiert oder konzipiert wurden, werden die Umsetzungsplanung, Bewertung und das zukünftige Potenzial erläutert.

5.1. UMGESetzte SZENARIEN

5.1.1. ONLINE -PFLEGEBERATUNG

„Pflegerberatung steht allen Pflegebedürftigen und deren Angehörigen zu. Im Kontext der Digitalisierung wollten wir diesbezüglich unser Angebot erweitern und die Leistung auch online anbieten. Der diesbezügliche Aufbau des Prozesses und die Begleitung bei der Umsetzung gelang uns erfolgreich im Rahmen von TELAV.“



Stephanie Walbröhl (Pflegerberaterin Zerhusen & Blömer)

5.1.1.1. HINTERGRUND & IDEE

- Menschen, die als pflegende Angehörige tätig oder selbst von Pflegebedürftigkeit betroffen sind, haben einen gesetzlichen Anspruch auf eine Pflegerberatung (§37, 3 SGB XI). Diese findet je nach Pflegegrad halbjährig oder vierteljährlich (ab Pflegegrad 4) statt.
- In einer Pflegerberatung erhalten die Betroffenen Wissen über Unterstützungsmöglichkeiten, wie Entlastungs- und Hilfsangebote sowie Sozialleistungen, die ihnen zustehen. Ein/e zertifizierte/r Pflegerberater:in schätzt dabei die individuelle Situation ein, beantwortet Fragen und gibt Hilfestellungen.
- Die Beratung findet typischerweise zuhause bei den Betroffenen statt. Jede zweite Beratung kann rechtlich auch online stattfinden.
- Im Rahmen des Szenarios sollte der Prozess der Online-Pflegerberatung implementiert und erprobt werden. Mit Blick auf die Evaluation standen dabei die Perspektiven, Vor- und Nachteile der Anwender:innen und Nutzer:innen im Blick.

5.1.1.2. ZIELE

Durch die Etablierung einer Online-Sprechstunde für die Pflegerberatung sollen zwei wesentliche Ziele erreicht werden:

- Die *Pflegerfachperson*, welche die Beratung umsetzt, spart sich die Zeit, um Kund:innen vor Ort zu besuchen. Insbesondere bei Routinegesprächen ohne größere Veränderungen mit Blick auf den Pflegebedarf erscheint diese Lösung effizienter und hat keine Nachteile. Durch den Wegfall von Wegstrecken werden Zeiten eingespart, die für eine Ausweitung der Beratungstätigkeit zur Verfügung stehen oder die Pflegerfachperson in ihrer Arbeit entlasten.

- Für die *Ratsuchenden* bieten sich durch die oben beschriebenen vergrößerten Zeitfenster entweder flexiblere Beratungszeiten und / oder mehr Beratungszeitfenster. In der Folge kann eine Beratung frühzeitiger und flexibler in Anspruch genommen werden. Unberührt ist davon der Wunsch, den Besuch vor Ort zu realisieren.

5.1.1.3. VORGEHEN

Im Austausch mit dem Qualitätsmanagement und den zuständigen Pflegefachpersonen wurde eine passende Software (Sprechstunde Online: <https://sprechstunde.online/>) identifiziert und implementiert. Den Kund:innen wurde anschließend die Möglichkeit geboten, sich bei Interesse jedes zweite Mal online beraten zu lassen. Dabei war es möglich, dies ohne Verpflichtungen auszuprobieren. Falls Kunden dies nicht wünschten, so fand die Beratung weiter vor Ort statt.

5.1.1.4. ERKENNTNISSE UND ERGEBNISSE

Die Pflegeberatung wurde durch die Pflegefachpersonen bei Zerhusen und Blömer positiv beurteilt. Nach einer Einarbeitungsphase trug die Lösung dazu bei, Gespräche einfacher zu organisieren und schneller umzusetzen. Dabei gehen aus Sicht der Berater:innen keine wichtigen Informationen verloren. Aus Sicht der Ratsuchenden wurde diese Lösung als sinnvoll im Sinne der Ressourcenschonung beurteilt, gleichwohl bevorzugen einige aber (noch) ein persönliches Gespräch bei ihnen zuhause. Insgesamt schätzen die Pflegeberater:innen die Größe der Personenzahl für die sich die Onlineberatung eignet auf 33% und ist damit bereits aktuell relevant. Durch die Relevanz digitaler Lösungen im Alltag wird sich die Zahl der passenden Kund:innen in der Zukunft voraussichtlich weiter erhöhen. Gleichwohl bleibt die Förderung digitaler Kompetenzen ein wichtiges Thema, um die Akzeptanz solcher Angebote zu steigern.

Im Erprobungszeitraum von September 2022 bis Juli 2023 konnten insgesamt etwas mehr als 50 Beratungsgespräche online mit einer durchschnittlichen Dauer von 30 Minuten durchgeführt werden. Im Gegensatz dazu nahmen die Vor-Ort-Gespräche allein dadurch etwas mehr Zeit in Anspruch, weil die Begrüßung etwas ausführlicher ausfiel (35-40 Minuten). Aus Perspektive der Pflegeberatung erfolgte die technische Umsetzung überwiegend zufriedenstellend. Kleinere technische Schwierigkeiten konnten ad-hoc oder im Vorfeld der nächsten online Beratung gelöst werden.

Eine Vielzahl der (ausgewählten) Ratsuchenden machte nach einem persönlichen Erstgespräch davon Gebrauch, die anschließende Beratungsgespräche online umzusetzen. Als Hauptgrund wird die Zeitersparnis von den Befragten genannt.

Im Ergebnis stellt die online Pflegeberatung eine sinnvolle Ergänzung des Angebots der Pflegeberatung dar. Gerade für die Pflegeberater:innen und das Unternehmen ergeben sich zeitliche Zugewinne, die wiederum für weitere Beratende genutzt werden können. Diese liegen vor allem am Vormittag. Zu dieser Zeit wäre eine Beratung vor Ort aufgrund beschränkter Fahrzeugkapazitäten nicht möglich. Für die Kund:innen bedeutet dies umgekehrt einen einfachere und schnellere Terminfindung.



Quelle : agenturfotografin- stock.adobe.com

5.1.2. ONLINE-VISITEN- UND THERAPIEDOKUMENTATION

„Ärztliche Visiten und Besuche von Therapeutinnen oder Therapeuten bedeuten im Alltag meist einen großen Absprache- und Koordinationsaufwand. Gleichzeitig stehen alle Beteiligten zeitlich unter Druck. Die Öffnung unserer Pflegedokumentation für externe Gruppen erleichtert den Informationsfluss, reduziert Missverständnisse und vermindert den Aufwand. Bei der Umsetzung dieses Prozesses hat das Projekt TELAV uns sehr geholfen.“



Pauline Haverkamp (Qualitätsmanagementbeauftragte bei Zerhusen & Blömer, Lohne)

5.1.2.1. HINTERGRUND & IDEE

- Teil der gesundheitlichen Versorgung von Bewohner:innen in Pflegeheimen sind die Visiten von Hausärzt:innen und verschiedener Therapeut:innen. Durch die zunehmende Auslastung dieser Berufsgruppen gestaltet sich die Abstimmung zur Terminvereinbarung und zur Umsetzung der Besuche zunehmend schwierig.
- Gleichzeitig besteht durch getrennte Dokumentationssysteme (Pflegedokumentation auf der einen Seite, Visiten- bzw. Anwendungsprotokolle auf der anderen Seite) immer wieder die Gefahr von Kommunikationsproblemen, die ungünstigen Einfluss auf die Versorgung der Bewohner:innen haben können.
- Sowohl auf Seiten der Pflege als auch der externen Akteur:innen (Ärzt:innen, Therapeut:innen) bestand daher der Wunsch, diesen Prozess zu verbessern.
- Dazu sollte die Pflegedokumentation des Pflegedienstes für diese externe Gruppen datenschutzkonform geöffnet werden, um diesen im Bedarfsfall Einblick zu ermöglichen. Zudem sollte die Dokumentation der Visite- bzw. Behandlungsergebnisse digital aufgenommen und verarbeitet werden können.

5.1.2.2. ZIELE

Das Szenario zielte insbesondere darauf, Arbeitsprozesse in der Zusammenarbeit zwischen Pflege, Therapeut:innen und Ärzt:innen zu verbessern und zu erleichtern. Der direkte Zugriff auf die Dokumentation sollte sicherstellen, dass alle Beteiligten immer gemäß dem aktuellen Gesundheitszustand handeln. Die digitale Dokumentation sollte zudem die Koordination von Terminen vereinfachen, da die jeweils an der Visite bzw. der Therapie beteiligten Personen nicht gleichzeitig anwesend sein müssen. Auch sollte es die Pflege entlasten, weil die Visite nicht begleitet und die Visitenresultate nicht händisch abgetippt werden müssen, sondern einfach gelesen und per „copy & paste“ übernommen werden können.

5.1.2.3. VORGEHEN

Im Austausch mit der Pflegedienstleitung und der Qualitätsmanagementbeauftragten wurden Wohnbereiche ausgewählt, die das Prinzip erproben und umsetzen. Dann wurden ein Ablaufprozess (inkl. Erwartungen auf Seiten der Beteiligten an den Ablauf und Absprachennotwendigkeiten) erarbeitet. Im nächsten Schritt erfolgte die Öffnung der Software seitens des Anbieters und die Anschaffung von notwendiger Hardware für die Visitedokumentation. Das Vorhaben wurde anschließend mit einem Zahnmediziner sowie mit einer Physiotherapeutin erprobt.

5.1.2.4. ERKENNTNISSE UND ERGEBNISSE

Technische Anwendung:

Die technische Umsetzung verlief grundsätzlich flüssig und der Softwareanbieter war bemüht, eine gute Lösung zu finden. Der Aufwand für die zugehörigen Schulungen war für alle Seiten angemessen. In der Nutzung zeichnete sich eine zentrale Hürde ab. Die vorhandene Version Vivendi Web verfügt noch nicht über alle Funktionalitäten (im Vergleich zur Desktopversion). Dieser Umstand sollte vom Softwareanbieter behoben werden, im Rahmen der Erprobung war dies jedoch nicht abgeschlossen. Damit war die Nutzerfreundlichkeit noch nicht ideal, denn externe Gruppen konnten nicht direkt ein Visitenprotokoll nutzen, wie sie es gewohnt sind, sondern nur eine Hilfsschablonen. Dies ist möglich aber erfordert etwas mehr Aufwand. Für eine Erprobung war dies ausreichend, für die alltägliche Nutzung steht dies jedoch der Akzeptanz im Weg.

Bewertung durch Betroffene:

Das Szenario richtet sich auf Pflegefachpersonen, die im Austausch mit den Ärzt:innen stehen und für die Dokumentation maßgeblich verantwortlich sind. Mit Blick auf die Lösung lässt sich festhalten, dass ungefähr die Hälfte der Beschäftigten der Lösung offen und interessiert gegenüberstand, die andere Hälfte eher skeptisch und zögernd. Mit Blick auf die Ursachen konnte auf Grundlage von Gesprächen und bisherigen Erfahrungen festgestellt werden, dass die Skepsis vor allem von denjenigen kam, die insgesamt ein geringes Interesse an der Digitalisierung und eher geringe Fähigkeiten im Bereich digitaler Lösungen aufweisen.

Für diese Gruppe ist im Alltag die Dokumentation bereits mit einer gewissen Herausforderung verbunden (langsames Tippen, Unsicherheit in der Anwendung, kritische Perspektive bezüglich der Notwendigkeit, Sicherheit bezüglich formaler Kriterien, etwa in der Pflegeplanung). Die Gruppe der interessierten Personen ist dabei (auch privat) stärker mit digitalen Lösungen vertraut und hat keine Probleme damit, diese im Beruf anzuwenden. Tendenziell ist dabei auch ein Alterseffekt beobachtbar, auch wenn er nicht empirisch erfasst wurde. Die Hoffnung der Gruppe bezog sich insbesondere in einer Einsparung von Zeitressourcen und einer guten Kommunikation mit externen Gruppen.

Die Zusammenarbeit mit einer Ergotherapiepraxis verlief gut. Das Szenario wurde erprobt und funktioniert. Die Dokumentation erfolgte gleichwohl nicht immer direkt vor Ort. Zum einen, weil die Therapeutin vor Ort die Zeit für die Patient:innen nutzen wollte, zum anderen, weil es auf den Wohnbereichen für sie keinen Rückzugsort gibt und die Situation eher „unruhig“ wirkte. Auch, wenn die Hauptdokumentation in der Praxis erfolgte, so wurden die wichtigsten Infos vor Ort für die Pflege eingetragen.

Die Umsetzung mit einem Zahnarzt wurde gemeinsam geplant und durchgeführt. Sie funktionierte technisch und wurde bei Bedarf vom Zahnarzt genutzt. Im Falle von Routineuntersuchungen ohne besondere Anliegen wird dieser Prozess nicht benötigt. Die nicht pflegebezogene Dokumentation erfolgte dann im Regelfall in der Praxis. In diesem Fall gab es manchmal weiterhin Informationen per Mail. Es zeigte sich also, dass der Prozess zwar immer mal wieder genutzt aber noch keine Routine ausgebildet wurde. Eine wichtige Hürde bleibt dabei, dass das Visitenprotokoll nicht online beidseitig genutzt werden kann (s.o.).

5.1.3. ONLINE-KOMPETENZENTWICKLUNG

„Gerade Service – und Küchenkräfte in stationären Pflegeeinrichtungen sind über ihre Ausbildung kaum mit dem Thema „Demenz“ vertraut. Gleichzeitig interagieren sie im Alltag mit dementiell erkrankten Menschen. Uns war es daher ein Anliegen, die diesbezüglich notwendigen Kompetenzen zu stärken und eine einfache Möglichkeit zu finden, diese Kräfte im Alltag zu schulen und zu unterstützen. Das ist im Rahmen des Projektes gelungen.“



Cornelia Ostendorf (Geschäftsführung St. Hedwig Stift, Vechta)

5.1.3.1. HINTERGRUND & IDEE

- In Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen stehen die Mitarbeitenden (in Verwaltung, Service und Pflege) u.a. mit Menschen in Kontakt, die an einer Demenz erkrankt sind.
- Demenzerkrankungen haben zahlreiche Erscheinungsformen und verlaufen unterschiedlich. Ebenso verschieden sind die erkrankten Personen. Sie haben individuelle Biografien, Charaktere und daher auch Bedürfnisse.
- Um die Mitarbeitenden bei der St. Hedwig-Stiftung für den Umgang mit Menschen mit Demenz zu sensibilisieren und gleichzeitig zeitliche Ressourcen zu schonen, sollte das Angebot einer online Fortbildung geschaffen werden. Ferner besteht das Angebot, bei individuellen Fallbesprechungen auf die Expertise der Demenzkoordination am St. Franziskus-Hospital in Lohne zurückzugreifen (online).

5.1.3.2. ZIELE

Das Angebot der Online-Fortbildung sollte alle Mitarbeiter:innen zum Thema Demenz sensibilisieren und schult sie in ihrem individuellem Tätigkeits- und Aufgabengebiet. Die Hinzunahme externer Expertise hat die Erhöhung der Pflegequalität durch die digitale Vernetzung und Zusammenarbeit der Professionen im Gesundheitswesen zum Ziel.

5.1.3.3. VORGEHEN

Bei der konzeptionellen Gestaltung der Angebote hat die Geschäftsführung bei der St. Hedwig-Stiftung sowie die Demenzkoordinatorin am St. Franziskus-Hospital in Lohne mitgewirkt. So sind zwei Anwendungsszenarien konzipiert worden. Zum einen eine Online-Fortbildung, die das Grundwissen zum Krankheitsbild Demenz, den Umgang mit demenziell

erkrankten Personen, die Kommunikation mit Angehörigen und die Unterstützungsmöglichkeiten im Landkreis Vechta zum Inhalt hat.

Dabei ist die Konzeption der Online-Fortbildung darauf ausgerichtet, die unterschiedlichen Tätigkeitsbereiche (Pflege, Service und Hauswirtschaft) und deren Bedarfe zu adressieren. Zum anderen besteht die Möglichkeit, sich die fachliche Expertise des Kompetenzzentrums Demenz am St. Franziskus-Hospital in Lohne einzuholen und die Demenzkoordinatorin bei einer kollegialen Fallbesprechung, zum Beispiel im Rahmen einer Übergabe, live dazuzuschalten. Hierzu buchen die Pflegefachkräfte online einen Termin für eine Videokonferenz und hinterlegen bei der Buchung eine kurze Fallbeschreibung sowie die damit verbundenen Fragestellungen. Dieses Szenario ist um weitere Beteiligte, beispielsweise die pflegenden Angehörigen oder auch (Haus- und Fach-) Ärzt:innen, erweiterbar.

5.1.3.4. ERKENNTNISSE UND ERGEBNISSE

Im Erprobungszeitraum sind insgesamt drei online Demenzfortbildungen (Pflegefach- und Hilfskräfte, Service- und Küchenkräfte, Verwaltung) durchgeführt worden. Zunächst sind Pflegefachkräfte geschult worden. Die technische Vorbereitung wie auch die Durchführung der Online-Fortbildung der Fachkräfte verlief auf beiden Seiten ohne technische Komplikationen, da im Vorfeld Vorbereitungsmaßnahmen (u.a. Hinweise zur Nutzung der Videokonferenz-Software, Hinzuziehen der hausinternen IT-Abteilung) getroffen wurden. Mit Blick auf den Inhalt dieser Fortbildung konnte das vorhandene Wissen gefestigt und die eigenen Erfahrungen um die Erfahrungen der anderen Teilnehmer:innen erweitert werden. Die Online-Fortbildung der Hilfs-, Service und Küchenkräfte erwies sich als vorteilhaft für Mitarbeiter:innen in verschiedenen Einrichtungen, da somit Ressourcen (Zeit und Reisekosten) eingespart werden konnten. Die technische Umsetzung war größtenteils zufriedenstellend. Das Hauptthema der Fortbildung war Demenz, was insbesondere für Teilnehmer:innen mit Migrationshintergrund herausfordernd war. Es gab Verständnisschwierigkeiten, die eine Nachbereitung der online-Fortbildung erforderten. Aus diesem Grund sind Unterlagen in verschiedenen Sprachen im Anschluss bereitgestellt worden, welches sehr positiv bewertet wurde. Obwohl ursprünglich kein Hauptanliegen der Teilnehmer:innen, sind die theoretischen Grundlagen zur Demenz als hilfreich angesehen worden. Zusammenfassend werden die Online-Fortbildungen als sinnvolle Ergänzung erachtet. Hierbei ist es wichtig, dass die adressierte Zielgruppe bestmöglich unterstützt wird. Zum Beispiel indem zusätzliche Materialien und Hilfestellungen bereitgestellt werden. Präsenzfortbildungen sollten aufgrund der besseren Kommunikation und individuelleren Interaktion trotzdem bevorzugt umgesetzt werden.

5.1.4. ONLINE UNTERSTÜTZUNG NACH DER GEBURT

„Eltern haben insbesondere nach der Geburt ihres ersten Kindes und nach der Krankenhausentlassung häufig noch viele Fragen. Das gilt insbesondere, wenn sie mit dem Gesundheitssystem nicht so vertraut sind. Wenn dann keine Hebamme vor Ort ist, dann hilft unser Service, der im Rahmen von TELAV aufgebaut wurde, um Unsicherheit zu reduzieren und Fragen zu beantworten.“



Christian Heitmann (Pflegedienstleitung am St. Marienhospital Vechta)

5.1.4.1. HINTERGRUND & IDEE

- Der Landkreis Vechta gehört zu den geburtenstärksten in Deutschland. Junge Eltern haben gerade nach der Geburt ihres ersten Kindes häufig viele Fragen und diese ergeben oft erst nach Verlassen des Krankenhauses.
- Auch Menschen, die deutsch nicht als Muttersprache nutzen und sich ggf. erst seit kurzer Zeit im Landkreis aufhalten (bspw. nach einer Flucht) verfügen meist nicht über alle Informationen zu den Angeboten des Gesundheitssystems. Durch vorhandene Sprachbarrieren gestaltet sich die Beratung und Unterstützung dieser Personen während des Klinikaufenthaltes zudem als schwierig. Auch für diese Zielgruppe sollte daher ein passendes Angebot geschaffen werden.

5.1.4.2. ZIELE

Vor allem für jene Eltern, die keine Hebamme zur Nachsorge haben, bei denen sich Sprachbarrieren finden oder die noch nicht über alle Angebote des Gesundheitssystems in Deutschland Bescheid wissen, sollten niedrigschwellige und zugleich verlässliche Informationen bereitgestellt werden.

- Dazu wurde im Rahmen des Projektes TELAV eine Internetpräsenz zur Versorgung nach der Geburt aufgebaut.
- Diese Seite umfasst drei Angebote:
 - kompakte und verlässliche Informationen zu den häufigsten Anliegen und Fragen rund um die Zeit nach der Geburt. Dieses Angebot wurde mehrsprachig und in „einfacher Sprache“ gestaltet, um insbesondere auch Eltern zu erreichen, deren Muttersprache nicht Deutsch ist.
 - Ein Angebot zur Videosprechstunde mit einer Pflegefachkraft bei individuellen Anliegen.

- Ein Chatbot mit weiterführenden Informationen in deutscher Sprache, der bei Interesse genutzt werden kann.

Das Angebot bietet Eltern verlässliche Informationen und stellt diese niedrigschwellig zur Verfügung. Eltern finden auf der mehrsprachigen Homepage beispielsweise Informationen rund ums Stillen, Babypflege, Baby-Schlaf, Zahngesundheit u.ä. Eltern, die individuelle Fragen haben, können einen Online-Termin mit einer Pflegefachkraft buchen. Verlinkt sind zudem Angebote weiterer Hilfeeinrichtungen im Landkreis, wie etwa zum örtlichen Sozialdienst katholischer Frauen oder der Krankenkassen.

5.1.4.3. VORGEHEN

Die Ausarbeitung dieses Angebotes fand in engem Austausch mit der Pflegedienstleitung, der Pflegedirektion und Pflegefachkräften im St. Marienhospital statt.

Im Zuge von Entwicklungsworkshops wurden verschiedene Zielgruppen mit unterschiedlichen Merkmalsausprägungen (Personas) identifiziert. Dazu gehören etwa Ziele, Werte, Interessen oder Motive. Auf Grundlage dieser Ergebnisse wurde auf der Projektseite ein mehrsprachiges Angebot erstellt und nach und nach erweitert. Dieses wird über mehrsprachige Flyer beworben und direkt angeboten.

5.1.4.4. ERKENNTNISSE UND ERGEBNISSE

Das Angebot ist seit August 2022 online gestellt und wurde seit September 2022 per Zeitungsartikel, Flyer, Informationsblätter im Krankenhaus und in den sozialen Medien vorgestellt. Ab April 2023 erfolgte zusätzlich eine gezieltere mehrsprachige Ansprache der Eltern durch einen Flyer die auf die vorhandenen digitalen Info-Angebote hinweist. Aus einzelnen Gesprächen mit Eltern lässt sich in diesem Kontext festhalten, dass diese das Angebot nach der Ansprache zur Kenntnis nehmen, sich aber nach der Entlassung nur teilweise daran erinnerten.

Insgesamt wurde Seite von August 2022 bis Oktober 2023 von mehr als 1100 Benutzer:innen aufgerufen. Dabei informiert sich die Besucher:innen z.T. über das Projekt TELAV. Die Thematik „Versorgung nach der Geburt“ wurde dabei insgesamt 116-mal besucht und hatte insgesamt 449 Aufrufe. Die mehrsprachigen Informationen zur Versorgung nach der Geburt wurden insgesamt 131-mal besucht und aufgerufen. Dabei wurden die russische und türkische Version am häufigsten betrachtet.

Eine optionale Online-Sprechstunde zur Beratung zur postnatalen Versorgung wurde bereitgestellt, dabei fiel jedoch auf, dass viele Eltern nicht aktiv auf dieses Angebot zurückgreifen. Ab April 2023 erhielten alle Eltern auch hier einen mehrsprachigen Flyer und wurden gezielt auf die Möglichkeit einer persönlichen Rücksprache hingewiesen. Insgesamt wurde aber eine telefonische Rücksprache favorisiert, so dass diese eingerichtet wurde. Zwischen April und Juni 2023 wurden 33 junge Mütter, die nach der Entbindung die Inhalte der TELAV-Website nutzten, telefonisch über ihre Erfahrungen mit dem Aufbau und den Inhalten befragt. Dabei wurde das TELAV-Angebot insgesamt sehr positiv für viele Eltern bewertet. Speziell werden hier folgende Aspekte genannt:

- Das Angebot wurde als sehr hilfreich für die Zeit nach der Entbindung bezeichnet.
- Die (Beratungs-)Inhalte waren in den Augen der Befragten sehr informativ und aussagekräftig
- Das Angebot wurde insgesamt als empfehlenswert wahrgenommen.

Im St. Marienhospital wurde ergänzend in 2023 von den jungen Eltern/Müttern ermittelt, inwieweit eine postnatale Betreuung durch Hebammen erfolgt oder nicht (N=204). Dabei wurde insbesondere überprüft, ob die vorhandenen mehrsprachigen Informationen auf der Website, vorhandene muttersprachliche Kenntnisse oder andere Faktoren für eine etwaige Betreuung durch eine Hebamme nach der Entbindung relevant waren. Die Ergebnisse zeigen:

- Insgesamt wurden 55 % der Befragten postnatal durch eine Hebamme betreut.
- Der Anteil der jungen Eltern/Mütter mit muttersprachlichen Deutschkenntnissen und Sozialisation beträgt dabei 85 %
- Nur 3 % der jungen Eltern/Mütter ohne muttersprachliche Deutschkenntnisse und Sozialisation werden postnatal betreut.
- 80 % der jungen Eltern/Mütter ohne muttersprachliche Deutschkenntnisse und Sozialisation geben an, dass sie keine Kenntnisse über die mögliche Betreuung durch Hebammen hätten.

Insgesamt zeigte sich, dass die Zahl der Geburten zwischen 2022 und 2023 bei weiterhin hohem Gesamtstand abnahm. Durch eine neue Hebamme, die im Landkreis tätig wurde, konnten insbesondere Eltern mit ausreichenden Kenntnissen zu Unterstützungsmöglichkeiten nach der Geburt eine gute Versorgung finden. Für Eltern ohne diese Kenntnisse und ggf. gleichzeitigen Sprachbarrieren stellt die Internetseite eine verlässliche Informationsquelle dar.

5.1.5. ONLINE-DEMENZBERATUNG

„Demenz ist nach wie vor ein tabuisiertes Thema. Das ist sehr schade, denn für so eine Diagnose sollte sich niemand schämen müssen. Menschen möglichst vielfältig und individuell Informationen und Beratung zur Verfügung zu stellen ist das Anliegen des Kompetenzzentrums Demenz Lohne. Durch das Projekt TELAV konnten wir unser Angebot diesbezüglich erfolgreich erweitern.“



Beate Langhorst (Beraterin am Kompetenzzentrum Demenz, Lohne)

5.1.5.1. HINTERGRUND & IDEE

- Demenz gilt als Volkskrankheit. Expert:innen schätzen die Zahl der Erkrankten in Deutschland auf rund 1,8 Millionen, und mit ihnen leiden pflegende Angehörige.
- Der Senioren- und Pflegestützpunkt am Landkreis Vechta weist diesbezüglich auf Angebote hin, bietet aber keine spezialisierte Beratung.
- Dies ist hingegen eine Kerntätigkeit am „Kompetenzzentrum Demenz“ am St. Franziskus-Hospital Lohne. Das bestehende Angebot der persönlichen Beratung vor Ort wurde im Rahmen von TELAV erweitert.
- Das neue Angebot umfasst:
 - Eine Online-Terminbuchung für persönliche Beratungen vor Ort oder per Videokonferenz
 - Online-Demenzberatung
 - Demenzwegweiser für den Landkreis Vechta

5.1.5.2. ZIELE

Die Online-Demenzberatung verfolgt das Ziel, dem Bedarf im Landkreis Vechta an (online) Beratung zum Thema Demenz zu entsprechen und verlässliche, jederzeit abrufbare Informationen auf der TELAV-Homepage bereitzustellen sowie die Beratungsgespräche (persönlich oder online) direkt und jederzeit über die Homepage zu buchen. Es ergänzt bestehende Angebote des Kompetenzzentrums Demenz am St. Franziskus-Hospital Lohne (Vorträge und Fortbildungen).

5.1.5.3. VORGEHEN

Das Angebot ist im intensiven Austausch mit der Demenzkoordinatorin Frau Beate Langhorst, Kompetenzzentrum Demenz am St. Franziskus-Hospital Lohne, ausgestaltet worden. Im Zuge von Entwicklungsworkshops wurden verschiedene Zielgruppen mit unterschiedlichen Merkmalsausprägungen identifiziert. Dazu gehören etwa Ziele, Werte, Interessen oder Motive. Daran anknüpfend wurde mittels Prototyping die Struktur der Homepage-Seiten zu einzelnen Demenzaspekten erarbeitet und eine Stakeholder-Analyse durchgeführt.

Basierend auf den Ergebnissen aus den Workshops ist auf der Projektseite das Angebot der Beratung aufgenommen, eine Seite zu spezifischen Fragen und Antworten rund um das Thema Demenz erstellt und der Demenzwegweiser aufbereitet worden.

5.1.5.4. ERKENNTNISSE UND ERGEBNISSE

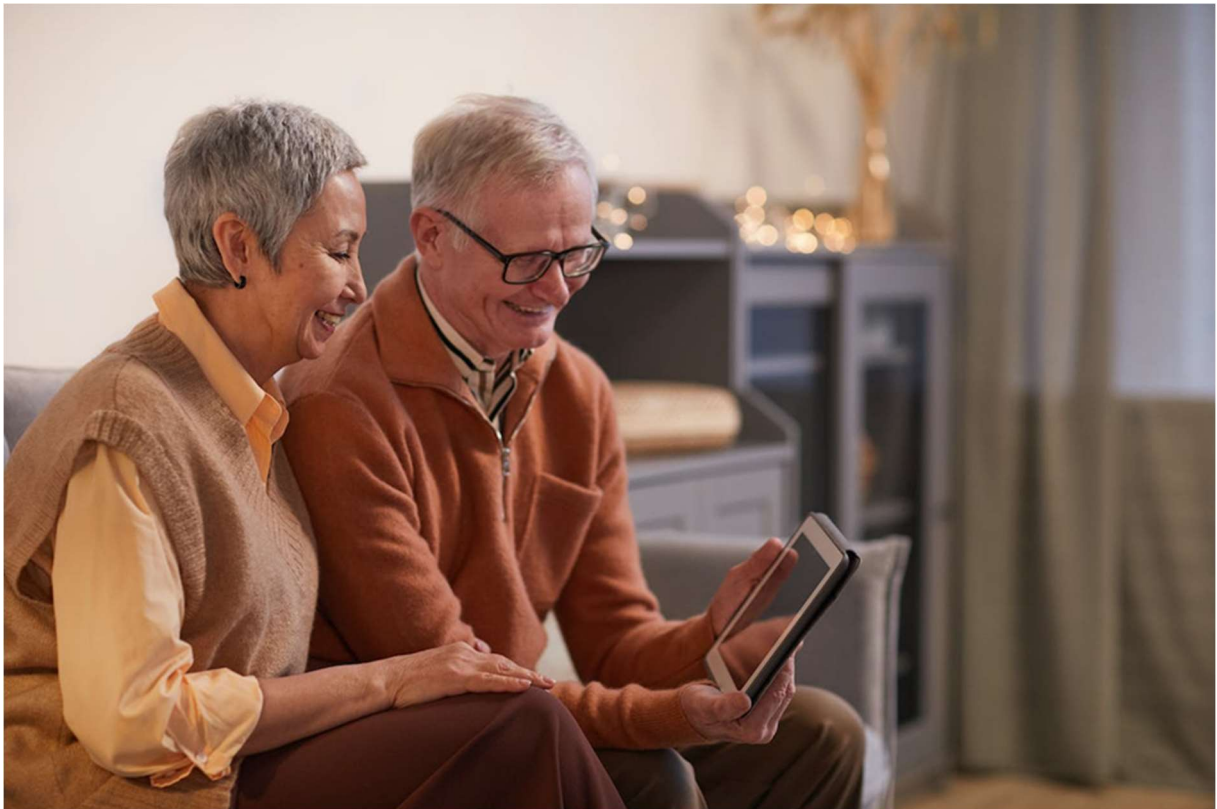
Das Angebot ist seit August 2022 online gestellt und wurde im August beworben (Zeitungsartikel, soziale Medien, Netzwerk Frau Langhorst). Zwischen August 2022 und März 2023 informierten sich 16 Personen über das Angebot „Demenzberatung“. Erkennbar gestiegen sind die Seitenaufrufe nach der Veröffentlichung des Zeitungsartikels. Auch die telefonische Kontaktaufnahme hat deutlich zugenommen. „Ein Gespräch vereinbaren“ ist von insgesamt 5 Personen ausgewählt worden, dabei hat sich jedoch gezeigt, dass die persönliche Beratung (noch) vorgezogen wurde.

Die Möglichkeit der Online-Terminvereinbarung eines Beratungsgesprächs (vor Ort oder online) über die Webseite stellt eine sinnvolle Ergänzung des Angebotes des Kompetenzzentrums Demenz beim St. Franziskus-Hospital in Lohne dar.

Im Juni 2023 wurde ein Experteninterview mit Beate Langhorst als Demenzkoordinatorin geführt. Im Zeitraum von August 2022 bis Juni 2023 haben zwei online Beratungen und acht vor Ort Gespräche stattgefunden. Alle Termine sind über die online Terminvergabe eingeholt worden. Im Durchschnitt haben die Beratungsgespräche 60 Minuten gedauert. Bei den online Gesprächen war die Übertragungsqualität des Bildes lediglich mittelmäßig, jedoch der Ton sehr zufriedenstellend. Besonders positiv ist von den Ratsuchenden die online Terminvergabe empfunden worden: *„Die Zusatzmöglichkeit der digitalen Terminvergabe wurde als überrascht empfunden – im positiven Sinne, dass auch das Setting Krankenhaus mit so einer modernen Technik arbeitet“* (Beate Langhorst).

Als Gründe wurden von den Ratsuchenden genannt: Zeitersparnis und zeitunabhängige Terminbuchung. Auch für Frau Langhorst hatte die online Terminvergabe einen positiven Effekt, denn im Erprobungszeitraum wurden deutlich weniger Telefonate geführt und so der Arbeitsalltag entlastet.

Im Ergebnis konnte die Software ohne größere Schwierigkeiten in den Arbeitsalltag integriert werden und hat nach anfänglichem Aufwand zu einer Entlastung im Arbeitsalltag geführt. Auch diejenigen, die das Angebot in Anspruch genommen haben, haben sich überwiegend positiv zum online Angebot geäußert.



Quelle : marcus aurelius - pexels.com

5.1.6. ONLINE-GESPRÄCHE ZUR VORBEREITUNG VON HAUSBESUCHEN

Für uns war die weitere Verbesserung des Austausches mit den Hausärztinnen und Hausärzten schon vor dem Projekt TELAV ein wichtiges Thema. Das Projekt hat uns dann den Anschub gegeben, um sich dem Thema gezielt zu widmen und eine für uns passende Lösungen zu finden. Dabei war auch die konstante Begleitung wichtig, um ein positives Ergebnis zu erzielen.



Martina Uchtmann (Heimleitung, St. Anna Stift, Dinklage)

5.1.6.1. HINTERGRUND & IDEE:

Teil der gesundheitlichen Versorgung von Bewohner:innen in Pflegeheimen sind die Visiten von Hausärzt:innen. Dabei zeigten sich zwei Probleme.

- Durch die zunehmende Auslastung der Hausärzt:innen ist es diesen nicht immer möglich, persönliche vor Ort zu sein. Hausbesuche finden daher nach Bedarf statt.
- Die Anmeldung eines gewünschten Hausbesuches bei der Praxis gestaltete sich über Telefon und Fax zunehmend schwieriger, da die telefonische Anfrage über ein automatisiertes Anrufsystem nicht unmittelbar erfolgen konnten und die Anfrage per Fax zeitliche verhältnismäßig aufwendig ist.

Daher entstand die Idee, die Visiten per Mail anzufragen, die Visiten per Video vorzubespochen und ggf. bereits auf diesem Wege ausreichend Klärung schaffen zu können. Nötig dafür wäre jedoch ein Zugriff auf relevante Informationen in der Pflegedokumentation (etwa Medikationsplan oder aktuelle Vitalwerte) der einzelnen Patient:innen im Rahmen der videobasierten Visiten.

5.1.6.2. ZIELE

Das Szenario zielte insbesondere darauf, Arbeits- und Kommunikationsprozesse in der Zusammenarbeit zwischen Pflege und Ärzt:innen zu verbessern und zu erleichtern. Dazu sollte die Terminfindung für einen Hausbesuch auf einfacherem Wege als bisher erfolgen. Das Ziel bestand in einer Mail-Anfrage aus dem Pflegedokumentationsprogramm heraus. Nach Bestätigung der Anfrage sollte dann eine videobasierte Kommunikation stattfinden, bei der wiederum alle ärztlich relevanten Informationen zu Verfügung stehen würden. Nach Abschluss der videobasierten Visiten wäre dann zu entscheiden, ob ein persönlicher Besuch vor Ort nötig sei und wann dieser realisiert werden könnte.

Im Ergebnis wünschte man sich einen einfacheren Prozess der Anfrage und Abwicklung von Hausbesuchen und damit eine Ersparnis von Reisezeiten für die Ärzt:innen oder Bewohner:innen.

5.1.6.3. VORGEHEN

Im Austausch mit der Pflegedienstleitung, der Heimleitung und der leitenden ärztlichen Kraft in der örtlichen Praxis wurde ein passendes Testszenario entwickelt, die passende Hardware zur Verfügung gestellt und die vorhandene Pflegedokumentationssoftware um das sogenannte Arztportal erweitert.

Ausgewählte Pflegefachpersonen, welche das Prinzip erprobten, wurden über das Szenario informiert. Interne Anpassungen der EDV in der Pflegeeinrichtung wurden vorgenommen, bei der Arztpraxis war keine Anpassung nötig.

5.1.6.4. ERKENNTNISSE UND ERGEBNISSE

Technische Anwendung:

Die technische Umsetzung verzögerte sich, da die Schaffung der Voraussetzungen auf Seiten der Pflegeeinrichtung (Einrichtung von Proxyservern) länger dauerte als geplant. Nach Abschluss dieser Vorbereitungen konnte die Erprobung ohne größere technische Schwierigkeiten beginnen. Dabei zeigten sich kleinere und größere technische Hürden.

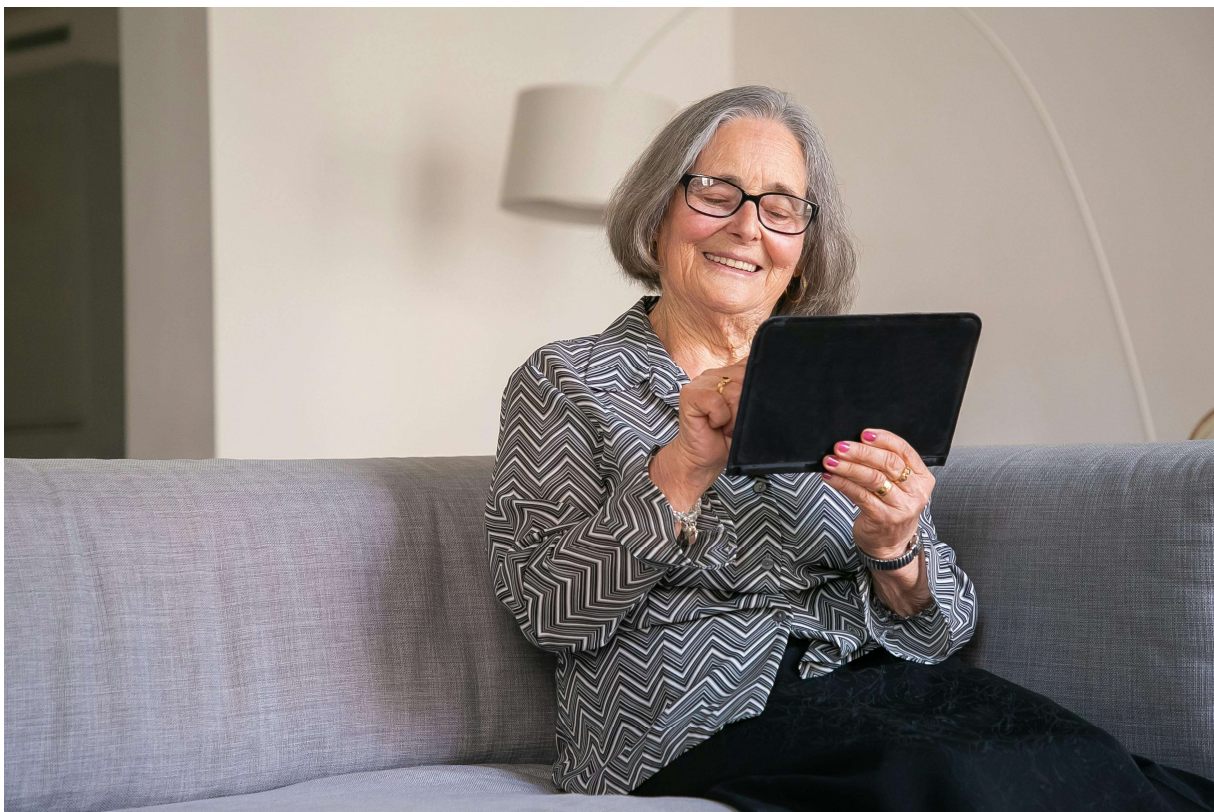
Nach der Sendung einer Terminanfrage und der Annahme durch den Hausarzt fand das Videogespräch nicht direkt im Programm statt, sondern im angegliederten „Arztportal“. Das Prinzip funktionierte technisch gut, war aber mit Blick auf die Nutzerfreundlichkeit nicht ideal. Hierzu plant der Softwareanbieter eine Änderung.

Soll eine Videosprechstunde stattfinden, so muss ein Termin vereinbart werden. Eine ad hoc Visite war zum Zeitpunkt der Testung noch nicht möglich. Auch dieser Aspekt war nicht ideal, auch dazu ist eine Änderung seitens des Softwareanbieters geplant.

Um sich mit verschiedenen externen Personen zu verbinden, benötigt jede Person eine eigene Mailadresse. Gleiches gilt für die beteiligten Pflegefachkräfte. Bei den beteiligten Partnern waren diese Voraussetzungen nicht gegeben. Die Anpassungen wurden erst nach Ende des Testungszeitraums vollständig abgeschlossen. Die Überführung des Testszenarios in den Alltag erfolgt daher nach Ende des Testungszeitraums.

Bewertung der Betroffenen:

Auf Seiten der Mitarbeiter:innen in der Pflegeeinrichtung bestand bereits zu Beginn hohes Interesse, wobei in der Testphase vor allem solche Personen involviert waren, die digitalen Lösungen offen gegenüberstehen. Die technische Umsetzung war jedoch einfach zu erlernen, so dass eine Übertragung auf alle Pflegefachpersonen als wahrscheinlich angesehen wird. Die Erprobungsergebnisse zeigten, dass die Lösung funktioniert und im Alltag Zeitressourcen einspart. Die Anfragen sind einfacher möglich und insbesondere der entfallende Transport von Bewohner:innen zu Arztpraxen wird als Erleichterung gewertet. Auf Seiten der Ärzt:innen konnten alle notwendigen Informationen über die Videosprechstunden zur Verfügung gestellt werden. Gleichwohl bleibt der persönliche Besuch vor Ort weiterhin möglich, gerade Routinefälle können auf diesem Wege jedoch unkompliziert bearbeitet werden. In der Folge wird dieses Prinzip auch über das Projektende hinaus von beiden Seiten fortgeführt werden.



Quelle : Kampus Production – pexels.com

5.2. KONZIPIERTE SZENARIEN

Neben den Hauptszenarien wurden andere im Projektverlauf mit den Verantwortlichen besprochen und bereits grundlegend konzeptioniert. Im Verlauf der Gestaltung wurden dann jedoch Hindernisse erkennbar, die eine Umsetzung im Rahmen von TELAV nicht möglich machten. Teilweise wurden die Szenarien in andere Kontexte überführt (Drittmittelanträge oder Projektvorhaben), teilweise bleiben sie weiter für die Partner interessant, doch fehlt es an Ressourcen oder Rahmenbedingungen, um sie umzusetzen.

5.2.1. ONLINE-ANÄSTHESIESPRECHSTUNDE

5.2.1.1. HINTERGRUND UND ZIELE

Viele Operationen bspw. am Krankenhaus Lohne erfolgen ambulant. Gleichwohl sind vor den OPs Aufklärungsgespräche mit den Patient:innen zu führen. Aktuell sprechen Patient:innen telefonisch einen Termin ab. Am Tag des Termins reisen sie persönlich an. U.U. verzögert sich das Gespräch vor Ort aufgrund von Notfällen oder fällt sogar ganz aus. Die Folge ist ein neuer Termin und nochmalige Anreise. Für nicht mobile Menschen stellt dies eine Herausforderungen dar, da sie eine Mitfahrgelegenheit organisieren müssen, für alle anderen bedeutet dies mind. eine Anfahrt sowie im Regelfall Wartezeiten vor Ort. Die Gespräche selbst sind dabei meist Routine. Im Rahmen eines televersorgerischen Ansatzes sollte der bestehende Prozess um eine Onlinevariante erweitert werden.

5.2.1.2. UMSETZUNGSPLANUNG:

Das Konzept umfasste den Aufbau eines Online-Terminkalenders mit zugehörigen Videosprechstunde und Dokumentenverwaltung. Als Tool war im ersten Schritt „docs in cloud“ vorgesehen. In dieser Software könnten Patient:innen einen Termin vereinbaren und diesen per Sprechstunde wahrnehmen. Die Ärzt:innen könnten den Termin vor der entsprechenden Hardware (Tablet) im Krankenhaus aufrufen und umsetzen. Die notwendigen Dokumente waren in der zugehörigen Software integriert und standen beiden Seiten zur Verfügung. Nach dem Aufklärungsgespräch konnte das Dokument digital unterschrieben werden. Der Prozess war damit abschlossen und jegliche Anreise entfiel.

5.2.1.3. BEWERTUNG

Nach der Vorstellung der Software sowie Gesprächen mit den interessierten Ärzten wurde deutlich, dass für das Projekt TELAV die Kosten (Anschaffung, Implementierung und monatliche Gebühr) zu hoch waren, um es neben den bisherigen Lösungen umzusetzen. Die Vorteile für die Patient:innen wurden erkannt, gleichwohl zeigten sich noch zu wenig relevanten Vorteile auf Seiten der Ärzt:innen im Krankenhaus.

5.2.1.4. ZUKÜNFTIGES POTENZIAL

Die Vorteile für Patient:innen sind klar erkennbar. Der Aufwand der Anfahrt, inkl. Wartezeiten oder Terminausfalls erscheint wenig zeitgemäß. Eine Software zur gemeinsamen datengeschützten Bearbeitung von Dokumenten für beide Seiten zu erschwinglichen Preisen ist die Voraussetzung, um das Konzept umzusetzen.



Quelle : agenturfotografin - stock.adobe.com

5.2.2. SCHULUNGS- UND SENSIBILISIERUNGSMÄßNAHMEN FÜR HAUSÄRZT:INNEN ZUM THEMA DEMENZ, VERNETZUNG ZWISCHEN DEN HAUSÄRZT:INNEN UND DEM KOMPETENZZENTRUM (KH LOHNE)

5.2.2.1. HINTERGRUND UND ZIEL

Demenz ist noch immer eine tabuisierte Erkrankung. Die Erfahrungen der Beratungen am Kompetenzzentrum Demenz in Lohne zeigen, dass diese Erkrankung insbesondere bei älteren, nicht akademischen Gruppen mit geringer Intelligenz in Verbindung gebracht wird. Betroffene verdrängen in der Folge Krankheitssymptome nicht selten, bevor schlussendlich die Hausärzt:innen aufgesucht werden. Diese und deren Praxisangestellte sind mit der Thematik meist jedoch lediglich grundlegend vertraut und nur bedingt dafür sensibilisiert, welche negativen Emotionen mit der Diagnose verbunden sind. Eine Überweisung zur Neurologie als nachfolgender Schritt der Diagnostik ist für die Betroffenen wiederum mit längeren Wartezeiten, großer Unsicherheit und Ängsten verbunden. Falls den Hausärzt:innen das Kompetenzzentrum am KH Lohne vertraut ist, so können sie allenfalls darauf verweisen und hoffen, dass die Betroffenen sich dort selbstständig melden.

Dieser Ansatz des Szenarios umfasste daher zwei Ziele: Zum einen ging es um die Onlineschulung von Hausärzt:innen und deren Praxisangestellten zum Thema Demenz, insbesondere um einen sensiblen Umgang mit den Betroffenen sowie um die Vermittlung der aktuellen Diagnostikinstrumente. Zum anderen sollte es ermöglicht werden, mit den Betroffenen direkt online einen Termin bei der Beratungsstelle am KH Lohne zu vereinbaren, um diesen die Unsicherheit im Rahmen der (vorläufigen) Diagnose zu nehmen und ihnen eine Anlaufstelle zu geben, bevor die weitere Untersuchung in der Neurologie realisiert werden kann.

5.2.2.2. UMSETZUNGSPLANUNG

Eine Vorstellung des Szenarios im Rahmen des Qualitätszirkels der Hausärzt:innen im Landkreis Vechta war geplant, konnte aus unterschiedlichen zweimal noch nicht realisiert werden. Das Thema wird unabhängig vom Projekt vor Ort durch das Kompetenzzentrum Demenz weiterverfolgt.

5.2.2.3. BEWERTUNG

Das Potenzial des Szenarios wurde von den Beteiligten erkannt. Es wird nach Projektende durch das Kompetenzzentrum Demenz wieder aufgegriffen und im Rahmen eines Qualitätszirkels präsentiert.

5.2.3. VIDEOGESPRÄCHE ZWISCHEN BESCHÄFTIGTEN IN PFLEGEEINRICHTUNGEN

5.2.3.1. HINTERGRUND UND ZIEL

In der ambulanten pflegerischen Versorgung zeigt sich ebenfalls der Fachkräftemangel. Neben Pflegefachpersonen sind Pflegehilfskräfte im Einsatz. Bei allen Beteiligten kann es im Alltag zu Situationen kommen, in denen Unsicherheit bezüglich einer idealen Versorgung, bspw. von Wunden, am Patient:innen besteht. In solchen Situationen besteht aktuell keine datengeschützte Möglichkeit, Kontakt mit Expert:innen der Wundversorgung bzw. Ärzt:innen aufzunehmen, um sich abzusichern. Im Praxisalltag geschieht dies ggf. über Telefon, WhatsApp oder ähnliche nicht datenschutzkonforme bzw. nicht ideale Lösungen. Eine niedrigschwellige Lösung im Alltag zu integrieren, kann helfen, die Unsicherheiten zu beseitigen und die Versorgungssicherheit zu erhöhen.

5.2.3.2. UMSETZUNG:

In diesem Szenario war geplant, dass Pflegekräfte Tablets mit Videosoftware mit auf ihre Tour nehmen. Die Pflegedienstleitung hat ebenfalls einen Zugang. Bei Bedarf könnten sich die Kräfte untereinander oder die Pflegedienstleitung kontaktieren, um per Video die Situationen gemeinsam zu beurteilen, wenn diese Unsicherheit hervorrufen. Dazu wurde eine Kommunikationsstrategie ebenso vor wie eine Evaluationsplanung entwickelt. Schlussendlich entschied man sich im Projekt aus Zeitgründen für ein anderes Szenario.

5.2.3.3. BEWERTUNG

Die Lösung erscheint grundsätzlich sinnvoll. Für die Pflegekräfte bedeutet die Lösung aber erst einmal eine Umstellung ihrer Arbeitsroutinen; dies bedarf eines längeren Umgewöhnungsprozesses bei den bisher sehr selbstständig arbeitenden Kräften. Es erschien fraglich, ob diese zeitlichen Ressourcen aktuell im Alltag verfügbar sind. Um auf Akzeptanz zu stoßen, bedarf es zudem einer durchgängig gute Netzqualität (4/5G), diese ist im Landkreis nicht überall ausreichend für eine stabile Videoverbindung. Anwendungen mit Satellitenverbindung sind dauerhaft (noch) zu teuer.

5.2.3.4. ZUKÜNFTIGES POTENZIAL

Grundsätzlich bleibt die Lösung relevant. Voraussetzungen sind Zeit und Begleitung in der Umsetzung, eine großflächige Abdeckung mit 4/5G Netz sowie eine Anpassung der Arbeitsprozesse in der ambulanten Pflege in den Einrichtungen.

5.3. DISKUTIERTERTE SZENARIEN

Während weiter oben beschriebene Szenarien im Rahmen des Projektes grundlegend konzipiert und diskutiert wurden, kam es im Rahmen der Workshops zudem zur Diskussion von Szenarienideen, die jedoch nicht konzeptuell ausgestaltet wurde. Diese dienen an dieser Stelle daher als Anregung.

5.3.1. ONLINE-BERATUNG IN DER NOTAUFNAHME

5.3.1.1. HINTERGRUND UND ZIEL

Die Notaufnahme des Krankenhauses Vechta ist insbesondere am Wochenende sehr stark ausgelastet. Gleichzeitig wird seitens des Hauses wahrgenommen, dass sich eine beträchtliche Zahl an Patient:innen mit Routineanliegen in die Notaufnahme begeben. Von Seiten des Krankenhauses bestand somit das Interesse, im ersten Schritt in einer Art Vorabbefragung mit den Patient:innen zu klären, ob ein Versorgungsbedarf vorliegt oder das Anliegen auch nach dem Wochenende bei den Hausärzt:innen besprochen werden kann.

5.3.1.2. ENTWICKLUNG UND BEWERTUNG

Im Rahmen eines televersorgerischen Ansatzes wurde überlegt, eine Pflegefachkraft als erste Kontaktmöglichkeit bereit zu halten, die eingehenden Fälle im ersten Schritt per Videogespräch beurteilt und berät. Ernste Erkrankungen könnten dann schneller und gezielter zur Notaufnahme geleitet werden. Das Szenario wurde im Projekt verworfen, weil es mit Blick auf nötige finanzielle und personelle Ressourcen zu umfangreich erschien, um realisiert zu werden. Auch waren rechtliche Bedenken schlussendlich relevant. So wäre sicherzustellen gewesen, dass die Beratung durch eine Pflegefachkraft nicht als „ärztlicher Rat“ missverstanden und entsprechend gehandelt wurde. Auch war noch unklar, wie die Rechtslage bei Fehldiagnosen zu bewerten war. Zudem zeichnete sich Anfang 2022 ab, dass die Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen (KVN) das sogenannte „Patienten Navi“ mit in die Versorgung im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes (Telefon 116-117) aufnehmen wollte. Dieses bot ein Angebot zur Ersteinschätzung über einen Chatbot und damit eine gewisse Redundanz.

5.3.1.3. ZUKÜNFTIGES POTENZIAL

Zum Berichtszeitpunkt ist die Lösung des Patienten-Navis an die zugehörigen Vertragsärzt:innen der Nummer 116-117 gebunden. Grundsätzlich erscheint eine Verbindung

zu Notaufnahmen sinnvoll. Die notwendigen Entwicklungen und Klärungen (insbesondere der Rechtslage) liegt indes nicht im Einflussbereich des Projektes oder des Landkreises.

5.3.2. EINSATZ VON ONLINELÖSUNGEN DER BETREUUNG IN PFLEGEHEIMEN

5.3.2.1. HINTERGRUND UND ZIEL

Um mehr Angebote zur Betreuung in den Pflegeheimen zu ermöglichen, wurde mit den Projektpartnern der Einsatz von diesbezüglichen Teleangeboten besprochen. Ein Beispiel ist die sogenannte Telemarie, ein leicht bedienbares Tablet, mit dem sich externe Anbieter zur Umsetzung von Betreuungsmaßnahmen (bspw. gemeinsamer Gesang) zuschalten können.

5.3.2.2. ENTWICKLUNG UND BEWERTUNG

In den Gesprächen wurde deutlich, dass diese Lösung bei einem Projektpartner im Rahmen eines anderen Drittmittelprojektes umgesetzt wird. Für die die andere Pflegeeinrichtung war das Thema interessant, wurde jedoch aus Zeit- und Ressourcengründen. Daher wurde diese Lösung nicht weiterverfolgt. Die Erfahrungen mit der Software der Telemarie waren dabei positiv. Die Lösung bietet also Potenzial, die Betreuungsangebote zu verbessern.

5.3.3. MEHR INFORMATIONEN FÜR ANGEHÖRIGE IN PFLEGEHEIMEN

5.3.3.1. HINTERGRUND UND ZIEL

Über die App Myo ist es für Angehörige möglich, stärker am Leben der Bewohner:innen von Pflegeheimen teilzunehmen. Über die App werden Bilder und Nachrichten geteilt und über die aktuelle Pflegesituation berichtet. Die Überlegung war (vor dem Hintergrund der Covid19 Pandemie), den Pflegeheimen und Angehörigen eine sichere Möglichkeit zu bieten, um miteinander im Austausch zu bleiben.

5.3.3.2. ENTWICKLUNG UND BEWERTUNG

Die Pflegeheime legten einen anderen Schwerpunkt im Projekt. Bei einem Projektpartner war das Prinzip zudem grundsätzlich auch über die Pflegedokumentationssoftware abbildbar, wenn auch weniger anwendungsfreundlich. Das Abklingen der Covid19 Pandemie eröffnete zudem mehr Räume, sich wieder persönlich zu sehen. Somit wurde diese Idee nicht weiterverfolgt.

5.3.4. ÜBERMITTLUNG VON REZEPTEN UND VERORDNUNGEN ZWISCHEN HAUSÄRZTEN UND APOTHEKEN

5.3.4.1. HINTERGRUND UND ZIEL

Kerngedanke dieser Idee war es, dass Verordnungen und Rezepte auf elektronischem Wege ausgetauscht werden. Im Alltag kommt es insbesondere bei Verordnungen bzw. Folgeverordnungen zu Fehlern, da diese zwingend von Hausärzt:innen auszufüllen sind, diese Gruppe aber den aktuellen Zustand von Pflegebedürftigen meist nicht präzise einschätzen kann. Die Folge sind mehrfache Kommunikationsanlässe, notwendige Korrekturen und zeitliche Engpässe, da die Pflegeeinrichtungen die Verordnungen zeitnah an die Krankenkassen weitergeben müssen, um die zugehörigen Pflgetätigkeiten abrechnen zu können.

5.3.4.2. ENTWICKLUNG UND BEWERTUNG

Die Lösung wird als sehr bedeutsam für eine bessere Zusammenarbeit angesehen. Die aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen (Notwendigkeit einer handschriftlichen Unterzeichnung) sowie fehlende Softwarelösungen, die mit der Telematikinfrastruktur kompatibel sind und alle Akteur:innen vernetzen können, verhindern eine aktuelle Umsetzung. Die Lösung hat großes Potenzial, sobald sich die diesbezüglichen Rahmenbedingungen geändert haben und bleibt damit in Zukunft sehr relevant.

5.3.5. BERATUNG PFLEGENDER ANGEHÖRIGER

5.3.5.1. HINTERGRUND UND ZIEL

Auf pflegende Angehörige wird vor dem Hintergrund des Fachkräftemangels und der steigenden Pflegenachfrage mehr Verantwortung zukommen. Viele fühlen sich mit der Situation aber überfordert. Daher gab es die Überlegung, ein Online-Beratungsangebot aufzubauen, um pflegende Angehörige über Pflegefachberatungen im Alltag zu unterstützen. Diese Leistung sollte über die Pflegeberatung und Pflegeschulung hinaus regelmäßig abrufbar sein.

5.3.5.2. ENTWICKLUNG UND BEWERTUNG

Die Lösung hat großes Potenzial bezüglich der Verbesserung der Pflegequalität bei pflegenden Angehörigen. Es wurde aber als zu umfangreich bewertet, um in TELAV verfolgt zu werden. Das Szenario wird durch die Pflegepioniere ab April 2023 im Landkreis Stade in einem eigenständigen Projekt realisiert und kann später auf andere Landkreise übertragen werden. Weitere Informationen finden sich daher beim Projektpartner der Pflegepioniere (pflegepioniere.de)

5.3.6. TELEMEDIZINISCHE UNTERSTÜTZUNG DURCH DIE TELEMEDIZINZENTRALE AM KLINIKUM OLDENBURG

5.3.6.1. HINTERGRUND UND ZIEL

Dieses Szenario fußt auf der Annahme, dass durch den Fachkräftemangel neben Pflegefachpersonen auch Pflegehilfskräfte in ambulanten Pflegediensten im Einsatz sind. Bei allen Beteiligten kann es im Alltag zu Situationen kommen, in denen Unsicherheit bezüglich einer idealen Versorgung der Patient:innen besteht. In solchen Situationen besteht aktuell keine datengeschützte Möglichkeit, Kontakt mit einer ärztlichen Expertise aufzunehmen, um sich abzusichern. Die Idee dieses Szenarios bestand darin, dass sich Pflegedienste mit der Telemedizin des Klinikum Oldenburg verbinden, um sich diese Expertise einzuholen.

5.3.6.2. ENTWICKLUNG UND BEWERTUNG

Das Klinikum Oldenburg war durch die Folgen der Covid19 Pandemie stark ausgelastet und musste seine Projektbeteiligung deutlich reduzieren. Daher wurde dieses Szenario nicht weiterverfolgt. Es bleibt aber grundsätzlich relevant.

5.3.7. FALLBESPRECHUNG MIT DER NEUROLOGIE MIT BLICK AUF DEMENZ

5.3.7.1. HINTERGRUND UND ZIEL

Um den Zustand von Menschen mit Demenz im Alltag zu verbessern, wünschte sich eine Pflegeeinrichtung einen Austausch (Fallbesprechung) mit einer neurologischen ärztlichen Expertise.

5.3.7.2. ENTWICKLUNG UND BEWERTUNG

Die notwendigen zeitlichen Kapazitäten konnten im Rahmen des Projektes am entsprechenden Klinikum nach Rücksprache nicht bereitgestellt werden. Im Verlauf wurde daher die Unterstützung durch das Kompetenzzentrum Demenz (Schulung und Beratung) das finale Szenario (s. umgesetztes Szenario "Online-Kompetenzentwicklung").

6 ERKENNTNISSE ZUR VERSTETIGUNG VON STRUKTUREN EINER TELEVERSORGUNG

Für die Umsetzung innovativer Methoden oder die Entwicklung und Umsetzung digitaler Prozesse wird Unterstützung benötigt. Dies gilt insbesondere für mittelständische Unternehmen, welche in ihrer Vielfalt die Versorgung sicherstellen. Für die Zeit nach dem Projektende (Anfang 2024) scheint es daher relevant, dass weiterhin Impulse gesetzt werden; dabei braucht es koordinierend tätige Personen, die die Prozessentwicklung begleiten und die Akteur:innen miteinander in Verbindung bringen.

Die Kommune selbst kann dabei als Klammer tätig werden, um Akteur:innen zu vernetzen und zusammen zu holen. Über die vor Ort etablierte Gesundheitsregion am Landkreis Vechta können beispielsweise Impulse gesetzt werden, um die Auseinandersetzung mit Televersorgung und digitalen Potenzialen in den Institutionen zu fördern. Ein Landkreis selbst kann sich in diesem Prozess beraten lassen. In Niedersachsen gibt es Projekte, wie bspw. REKO (<https://www.gesundheitsregion-euregio.eu/reko/>) Initiativen, wie KommCare (www.ms.niedersachsen.de/startseite/gesundheit_pflege/pflege/versorgung-14223.html) und einzelne Unternehmen (etwa Pflegepioniere), die in diesem Bereich aktiv sind.

Für die Unterstützung vor Ort kann ein Landkreis eine Stelle schaffen, doch ist nur die Schaffung einer Stelle nicht das Ziel. Vielmehr ist diese Stelle mit Menschen zu besetzen, die ein Bewusstsein für die Notwendigkeit zum Handeln haben. Andernfalls werden Potenziale nicht genutzt und Entwicklungen verspätet eingeleitet. Die wichtigste Voraussetzung zur Auseinandersetzung mit einem Thema, wie der Televersorgung, ist das Bewusstsein dafür, dass sich die medizinische und pflegerische Versorgung in Zukunft anders gestalten wird als dies aktuell der Fall ist. Dies betrifft insbesondere ländliche Regionen mit einer geringeren Bevölkerungsdichte und einer weniger stark ausgebauten bzw. tendenziell eher abnehmenden Infrastruktur. Fragen, die sich ein Landkreis bzw. eine zuständige Person stellen könnte, lauten daher z.B.:

- Wenn ambulante Pflegedienste bestimmte Regionen nicht mehr versorgen (Personalmangel, unzureichende Finanzierung), wie werden die Menschen dann versorgt?
- Wenn es zu wenig Fach- und Hausärzt:innen in einer Region gibt und die Zahl trotz diverser Bemühungen (Anwerbung ausländischer Kräfte, Prämien, usw.) nicht zum Erfolg führen, wie werden die Menschen dann ärztlich versorgt?

- Wenn Ärzt:innen keine Zeit finden, um die Fahrten in Pflegeheime auf sich zu nehmen, wie werden die Menschen dort weiterhin versorgt?

Für die Zielgruppen aus der Medizin und Pflege selbst bedeutet ein solcher Wandel zur digitalisierten Arbeit vor allem erst einmal, dass personelle Ressourcen bereitgestellt werden müssen. Eigene Prozesse und Abläufe sind zu reflektieren, neue Wege zu konzipieren und auszuprobieren. Das ist zu Beginn meist mehr Aufwand als einfach alles beim Alten zu belassen. Für eine Stelle am Landkreis ist es dabei kaum möglich, diese Schritte gemeinsam mit den einzelnen Akteur:innen zu gehen. Möglich ist es aber, die Initiative zu ergreifen, eine Vision der zukünftigen Versorgung auszuarbeiten und diese publik zu machen. Einerseits in der Öffentlichkeit, andererseits in der Gesundheitswirtschaft. Auch wenn diese Aufgabe ggf. nicht populär ist so ist sie dennoch notwendig.

Eine solche beschriebene Stelle in einem Landkreis (bspw. die Gesundheitsregion) kann somit Impulse und Themen setzen. Sie kann die Initiative ergreifen, aber sie wäre voraussichtlich damit überfordert, die einzelnen Akteur:innen im Landkreis in der Vorbereitung, Umsetzung und Evaluation ihres Wandels hin zu neuen Angeboten zu unterstützen. Vielmehr sollte eine solche Stelle den Rahmen bieten, in dem sich Beratungsunternehmen und andere Akteur:innen bewegen können, um den Wandel bei einzelnen Gruppen, Unternehmen oder Personen zu starten und zu begleiten. Eine solche Stelle kann diese Beratungsakteur:innen dabei unterstützen, indem ein Landkreis selbst Mittel bereitstellt oder bei der Einholung von Drittmitteln hilft.

Mit Blick auf die Nachhaltigkeit ist es ferner bedeutsam, die Ergebnisse dieses Wandels bei einzelnen Akteur:innen (Erfolge und Misserfolge) durch externe Akteur:innen wiederum an den Landkreis zurückzumelden, um Erfolge sichtbar zu machen, aus Misserfolgen zu lernen und weitere Schritte zu planen.

Somit lassen sich folgende Voraussetzungen / Schritte festhalten:

Ebene Landkreis (übergeordnet)

- Bewusstseinswandel auf Ebene eines Landkreises mit Blick auf zukünftige Versorgungsstrukturen
- Ableitung einer Vision für die zukünftige Versorgung im Landkreis
- Schaffung von Stellen oder Beauftragung passender Personen, um diesen Wandel einzuleiten

Ebene Landkreis (Umsetzungsstelle)

- Konkretisierung der Vision für die zukünftige Versorgung in einem Landkreis, Formulierung von Rahmenbedingungen (Ziele, verfügbare Unterstützung usw.) für Umsetzungspartner:innen
- Verbreitung und Kommunikation der Vision auf Ebene des Landkreises (für Bürger:innen und Akteur:innen der Gesundheitswirtschaft)
- Einbindung von Umsetzungspartner:innen und Auswertung der Ergebnisse der Umsetzung

Ebene Unterstützung durch Dritte

- Beratung von Einrichtungen und Personen zum Wandel ihres Versorgungsangebotes
- Begleitung des Wandels für eine gewisse Zeit
- Evaluation der Maßnahmen und Rückmeldung der Ergebnisse an den Landkreis