



HOCHSCHULE OSNABRÜCK
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Innovative Versorgungskonzepte im Bereich der digitalisierten Pflege für den ländlichen Raum

Teilprojekt I & VI – Abschlussbericht im Projekt „Dorfgemeinschaft 2.0 - Das Alter im ländlichen Raum hat Zukunft“

Stand: April 2021 | Berichtsjahre 11/2015 - 04/2021



Dorfgemeinschaft 2.0

Das Alter im ländlichen Raum hat Zukunft

Innovative Versorgungskonzepte im Bereich der digitalisierten Pflege für den ländlichen Raum

Teilprojekt I „Steuerung, Nachhaltigkeit und Transfer“ und VI „Digitalisierte Pflege“ – Abschlussbericht im Projekt „Dorfgemeinschaft 2.0 - Das Alter im ländlichen Raum hat Zukunft“ (Projekthomepage: <https://www.hs-osnabrueck.de/dorf2/>)

Stand: April 2021

Teilprojektleitung:

Prof. Dr. Stefanie Seeling

Professur Pflegewissenschaft
Bachelorstudiengang Pflege dual
- Studiengangsleitung –

Hochschule Osnabrück, Campus Lingen
Fakultät Management, Kultur und Technik
Institut für Duale Studiengänge
Kaiserstraße 10 c
49808 Lingen

E-Mail: s.seeling@hs-osnabrueck.de

Homepage: www.hs-osnabrueck.de

Unter Mitarbeit von:

Britta Blotenberg, M.Sc.

Anna Hauptelshofer, M.A.

Projektpartner:

Koordination und Projektleitung
Gesundheitsregion EUREGIO e.V.

Weitere wissenschaftliche Projektpartner

Prof. Dr. Ingmar Ickerott, Hochschule Osnabrück, Campus Lingen

Prof. Dr. Hartmut Remmers und Prof. Dr. Frank Teuteberg, Universität Osnabrück

Praxispartner

EUREGIO-KLINIK Grafschaft Bentheim Holding GmbH

ENO telecom GmbH

I.T. Out GmbH

Bentheimer Eisenbahn AG

Lebenshilfe Nordhorn gGmbH

optadata.com GmbH

Projektförderung:

Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)

Förderlinie „IKT 2020 - Forschung für Innovationen“

Förderkennzeichen: 16SV7453

Inhalt

I. KURZDARSTELLUNG	4
1. GRUNDLEGENDE UND WEITERFÜHRENDE FRAGESTELLUNGEN IM FELD „DIGITALISIERTE PFLEGE“	5
2. VORAUSSETZUNGEN, UNTER DENEN DAS VORHABEN DURCHFÜHRT WURDE	5
2.1 DIE 50+ BEFRAGUNG.....	5
2.2 DIE DEFINITION DER (DORF-)GEMEINSCHAFT	6
3. PLANUNG UND ABLAUF DES VORHABENS	6
3.1 DER „DESIGN SCIENCE“ ANSATZ	6
3.2 DIE IST- UND BEDARFSANALYSE.....	8
3.3 DIE ABBILDUNG DES SOZIALRAUMS.....	8
3.4 DAS FORSCHUNGSPROJEKT „PRÄVENTIVE HAUSBESUCHE“	9
3.5 DAS BILDUNGSMANAGEMENT „DIGITAL NURSE“	10
4. WISSENSCHAFTLICHER UND TECHNISCHER STAND, AN DEN ANGEKNÜPFT WURDE	10
4.1 STEUERUNGSZENTRALE PFLEGE	10
4.2 DIGITALISIERTE PFLEGE.....	11
5. ZUSAMMENARBEIT MIT ANDEREN STELLEN	12
5.1 KOOPERATIONSPARTNER, DIE IM LAUFE DER PROJEKTZEIT GEWONNEN WERDEN KONNTEN.....	12
5.2 FOLGEPROJEKTE, DIE AUFGRUND DER PROJEKTARBEIT ENTSTANDEN SIND	13
II. EINGEHENDE DARSTELLUNG	14
1. DAS ERZIELTE ERGEBNIS.....	14
1.1 DIE SEKUNDÄRANALYSE DER 50+ BEFRAGUNG	14
1.2 PRÄVENTIVE HAUSBESUCHE	14
1.3 BILDUNGSMANAGEMENT.....	16
1.4 DAS TRANSFERKONZEPT	17
1.4.1 DAS KÜMMERERKONZEPT RESULTIEREND AUS DEM SORGENETZWERK.....	17
1.4.2 KÜMMERER*IN AUF EBENE DER SAMTGEMEINDE AM BEISPIEL DER PRÄVENTIVEN HAUSBESUCHE.....	19
1.4.3 KÜMMERER*IN AUF EBENE DER SAMTGEMEINDE AM BEISPIEL DER DIGITAL NURSE	20
1.5 DAS (DIGITALE) VERSORGUNGSNETZ	21
1.5.1 ANBINDUNG DER KONZEPTE AN DEN VDM	21
1.6 DIE POST-STUDIE 50+	22
2. DER VORAUSSICHTLICHE NUTZEN, INSBESONDERE DIE VERWERTBARKEIT DES ERGEBNISSES UND DER ERFAHRUNGEN.....	23
2.1 DER PRÄ-POST-VERGLEICH DER WÜNSCHE UND BEDARFE DER ZIELGRUPPE	23
2.2 DAS VERSORGUNGSKONZEPT DER PRÄVENTIVEN HAUSBESUCHE	23
2.3 ERGEBNISGEWINNUNG FÜR DIE HOCHSCHULLEHRE	25
3. WÄHREND DER DURCHFÜHRUNG DES VORHABENS DEM ZUWENDUNGSEMPFÄNGER BEKANNT GEWORDENEN FORTSCHRITTS AUF DIESEM GEBIET BEI ANDEREN STELLEN.....	25
3.1 DAS VERSORGUNGSKONZEPT DER PRÄVENTIVEN HAUSBESUCHE	25
4. ERFOLGTE UND GEPLANTE VERÖFFENTLICHUNGEN DES ERGEBNISSES	26
4.1 AUSSTEHENDE PUBLIKATIONEN (IM VERÖFFENTLICHUNGSPROZESS)	26
4.2 PUBLIKATIONEN.....	26
4.3 VORTRÄGE	27
4.4 POSTER.....	28
4.5 WORKSHOPS	28
III. LITERATUR	29

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ABBILDUNG 1: ÜBERSICHT DER FORSCHUNGSMETHODE 7

ABBILDUNG 2: DAS DESIGN DES FORSCHUNGSPROJEKTES „PRÄVENTIVE HAUSBESUCHE“ 9

ABBILDUNG 3: DIE STRATEGISCHE UND OPERATIVE KONZEPTION DES BILDUNGSMANAGEMENTS 10

ABBILDUNG 4: DIE KÜMMERER*INNEN AUF KOMMUNALER EBENE..... 18

ABBILDUNG 5: DAS PRÄVENTIVE GESUNDHEITSMANAGEMENT 19

ABBILDUNG 6: DAS DIGITALE VERSORGUNGSNETZ 21

ABBILDUNG 7: DAS GESUNDHEITS-WIDGET 21

I. Kurzdarstellung

In ländlichen Regionen verlangen fortgeschrittene gesellschaftliche Veränderungsprozesse, die Auswirkungen des demographischen Wandels, der Fachkräftemangel und die Herausforderung des Krankheitsspektrums der Multimorbidität nach einer grundsätzlicheren Umgestaltung des Gesundheitswesens und seiner Berufsgruppen (SVR 2014; Ewers, Hämel & Schaeffer 2015). Die gesundheitliche und pflegerische Versorgung insbesondere älterer Menschen (RKI 2015) erweist sich aufgrund langer Wege, um die nächstgelegenen Versorgungs-, Sozial- und Gesundheitseinrichtungen zu erreichen, in der peripheren Projektregion oftmals als schwierig (Hauptelshofer, Blotenberg, Seeling & Stutz 2019). Der digitale Wandel ist zu einer der zentralen Gestaltungsaufgaben für Wissenschaft, Wirtschaft, Gesellschaft und Politik geworden. Wie überall schreitet die Digitalisierung auch in der pflegerischen Versorgung voran. Dabei geht es einerseits beispielsweise um körpernahe Technologien, die in der direkten Pflege von Menschen verwendet werden, andererseits auch um digitale Abläufe in Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens. Gerade im ländlichen Raum erleben die Menschen mit zunehmendem Alter, dass sich Lebensbedingungen und individuelle Bedürfnisse häufig schnell verändern. Es müssen entsprechende Anpassungen erfolgen und neue Hilfesysteme geschaffen werden, um den Menschen weiterhin ein Leben in der vertrauten Umgebung zu ermöglichen und dabei ein hohes Maß an Sicherheit und Lebensqualität zu erreichen. Professionell Pflegende haben einen nahen Bezug zum Menschen, neben körpernahen pflegerischen Tätigkeiten sind gesundheitsbezogene Prävention und Beratung ein elementares Handlungsfeld von Pflegefachkräften. Es ist somit naheliegend, dass professionell Pflegende Multiplikatoren im Umgang mit Technik sind, den Menschen die Nutzung von technischen Geräten erklären oder sie auch zu verschiedenen Nutzungsszenarien im Kontext von Gesundheit beraten. In diesem Fall fungieren sie als Vermittler/ Kümmer*innen in der Mensch-Technik-Interaktion.

Die Pflegewissenschaft, welche sich mit dem methodischen Sammeln, Beschreiben und Ordnen von Erkenntnissen über die Pflege beschäftigt, erforscht im Kontext der Digitalisierung auch die Wahrnehmung der Wünsche und Bedarfe von Pflegeempfänger*innen und ihren Angehörigen.

Das Teilprojekt 1 „Steuerung, Nachhaltigkeit und Transfer“ stellt vor diesem Hintergrund projektübergreifend den Transfer entwickelter technischer Artefakte in nachhaltige regionale pflegerische Geschäftsmodelle sicher. Ziel ist es, Organisations- und Finanzierungsformen zu identifizieren, zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren, die einen nachhaltigen Betrieb des Projektnetzwerks über die Förderungsdauer hinaus sicherstellen. Um eine Übertragbarkeit der regionalspezifischen Anforderungen auch auf andere Regionen zu ermöglichen, werden geeignete Variablen zur Sicherung einer langfristigen gesundheitsökonomischen Realisierung definiert. Aspekte der körperlichen und geistigen Mobilität werden dabei ebenso bedacht wie Potenziale und Ressourcen einer zunehmend älter werdenden Gesellschaft im Rahmen einer Inklusionsstrategie.

Im Teilprojekt 6 „Digitalisierte Pflege“ werden alternative Versorgungsformen konzipiert und implementiert. Der Aufbau einer multiprofessionellen Pflege durch IKT (Informations- und Kommunikationstechnologien) / AAL (Ambient Assisted Living) -Technologien wird fokussiert, welcher sich auf dafür maßgebende, internationale Konzepte wie Advanced Nursing Practice (ANP) stützt. Ziel dieses Teilprojektes ist es, ältere Menschen und (in)formell Pflegende durch IKT/ AAL-Technologien zu entlasten, damit die (digitale) Gesundheitskompetenz gestärkt wird, zwischenmenschlicher Kontakt gefördert und die Versorgungsqualität und Sicherheit der vor Ort lebenden (pflegebedürftigen) Menschen im eigenen Zuhause beibehalten bzw. erhöht wird.

1. Grundlegende und weiterführende Fragestellungen im Feld „Digitalisierte Pflege“

- Wie kann das qualitative Niveau der gesundheitlichen Versorgung im ländlichen Gebiet beibehalten werden? Welche Perspektiven eröffnen sich durch Digitalisierung? Welche Strukturen und Anpassungen ergeben sich für die Pflege?
- Welche neuen Wege sollten in diesem Kontext gegangen und welche Einsatzfelder sowie Arbeitsaufgaben in der Pflege neu bestimmt werden? Und nicht zuletzt: Wie kann eine darauf ausgerichtete politische Agenda aussehen?
- Welche digitalen Pflegepraktiken sind in der Region etabliert?
- Wovon sprechen wir, wenn von robotischen-Artefakten in der Pflege die Rede ist? Welche Aspekte und Perspektiven sind relevant, wenn es zum Einsatz neuer Technologien in der Pflegepraxis kommt?
- Welche Erfahrungen mit und welche Auffassung von Technik haben ältere Menschen (ab 50 Jahren und älter) im Landkreis Grafschaft Bentheim und dem südlichen Emsland?
- Wie erleben und nutzen die Bürger*innen den regionalen Gesundheitssektor und wo sehen Sie Unterstützungsbedarf?
- Wie können digitale Produkte die Prävention von Pflegebedürftigkeit der Bürger*innen unterstützen? Wie können Angehörige durch digitale Artefakte in der Versorgung von pflegebedürftigen Angehörigen unterstützt werden?

2. Voraussetzungen, unter denen das Vorhaben durchgeführt wurde

2.1 Die 50+ Befragung

(Seeling 2016; Seeling & Blotenberg 2017)

In Vorbereitung des Projektantrags für das Verbundprojekt „Dorfgemeinschaft 2.0 - Das Alter im ländlichen Raum hat Zukunft“ wurde 2014/2015 eine repräsentative Befragung im Landkreis Grafschaft Bentheim durchgeführt. Innerhalb dessen wurden die Erfahrungen und Wünsche der Bürger*innen ab 50 Jahren und älter in Bezug auf Prävention, Gesundheit, Technik und Bildung erfasst. Das Ziel dieser stichprobenartig durchgeführten Befragung war es, die Wünsche und Bedürfnisse zu erheben, deren Erfüllung es den Bürger*innen des Landkreises ermöglicht, in der Region auch im „Alter“ zu leben. Es wurde eine repräsentative Zufallsstichprobe von 10.000 Bürger*innen gezogen. Von diesen wurden 4.350 Fragebögen zurückgesandt, welches einer Rücklaufquote von rund 44% entspricht. Insgesamt waren 4.101 Fragebögen korrekt ausgefüllt und konnten ausgewertet werden. Die repräsentativen Ergebnisse dienen als Datenbasis zur Erhebung des regionalen Ist- und Bedarfsstands und bilden die Grundlage für die Weiterentwicklung der innovativen Versorgungsansätze, die in dem Projekt „Dorfgemeinschaft 2.0“ erprobt und evaluiert werden, um gezielt zum Verbleib Älterer im häuslichen Umfeld beizutragen.

Ergebnis: Als Kernergebnis zeigte sich der Wunsch der Befragten, so lange wie möglich im eigenen Zuhause wohnen bleiben zu können. Bedenklich ist, dass die zukünftig potenziellen Hilfebedürftigen gesundheitsbezogene Angebote noch nicht im Blick haben. Die Ergebnisse zeigen, dass die Herausforderungen durch den demographischen Wandel in der ländlich geprägten Modellregion in Niedersachsen insbesondere in einer defizitären, nicht den Bedarfen der älteren Bürger*innen entsprechenden medizinischen und sozialen Versorgungsinfrastruktur, großen Entfernungen zu Dienstleistern sowie erheblichen Unterschieden im Zugang zu und der Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen liegen. Im Blick auf die Technik zeigt sich bei den Bürger*innen der Grafschaft, dass sie sich von bedienungsfreundlichen (technischen) Geräten eine Erleichterung versprechen, neben größerer Schrift bei den Fahrplänen des öffentlichen Nahverkehrs. Somit sollten Angebote zur Techniknutzung konzipiert werden, um zu hören was als bedienungsfreundlich gesehen wird und wo Technik zur Unterstützung der Alltagskompetenz angenommen werden kann. Wobei die Menschen aus der Stadt sich deutlich mehr Erleichterung durch

technische Geräte versprechen als die Menschen in den Samtgemeinden. Es besteht eine technische Affinität, allerdings mit dem Fokus der Informationsbeschaffung und erleichterten Kommunikation. Zudem besteht ein Informationsbedarf zum Umgang mit und Vermeidung von Pflegebedürftigkeit, zur Nutzung einer Rollenden (Gesundheits-)Praxis, zu Aufgabenfeldern von akademisch qualifizierten Pflegefachkräften, Alltags erleichterung durch Technik etc.

2.2 Die Definition der (Dorf-)Gemeinschaft

(gemeinsame Ausarbeitung der Mitarbeiter*innen der Hochschule Osnabrück 2017)

Gemeinschaft entsteht über Strukturen und geographische Grenzen hinweg – durch Beziehung und Vertrautheit, durch Interaktion, persönliche Kontakte, Techniknutzung und über den Gartenzaun hinweg. Empathie spielt hierbei eine wichtige Rolle. Das mentale Bild einer dörflichen Struktur ist noch heute von einem gemeinschaftlichen Miteinander gekennzeichnet – man kennt sich gegenseitig und hilft einander. Seit Einsetzen des demografischen Wandels und der Landflucht werden diese Strukturen schwächer. Kinder ziehen in die Stadt, die Alten bleiben zurück. Die Identifikation mit dem Dorf, die emotionale Verbundenheit zu Land und Leuten, gemeinsame Ziele und Hilfsbereitschaft sind oft stark ausgeprägt. Die Bereitschaft sich für diese Werte hinaus einzusetzen ist vorhanden.

Bedingt durch den Wegzug Alteingesessener und den Zuzug neuer Familien verändern sich die dörflichen Strukturen. Dabei kann die neue Gemeinschaft unterschiedlich akzeptiert werden. Einerseits können neue Strukturen adoptiert werden (Akkommodation), d.h. die Personen bleiben weitestgehend bei ihren Werten und formen die Gemeinschaft neu. Andererseits können die bestehenden Werte auch adaptiert werden (Assimilation), sodass sich neu hinzugezogene den bestehenden Strukturen anpassen.

Ergebnis: Wie kann die Gemeinschaft am besten von den veränderten Strukturen profitieren? Wie können die Hilfsbereitschaft und Unterstützung wiederbelebt und Synergien genutzt werden? Das Projekt „Dorfgemeinschaft 2.0“ versucht Antworten auf die oben genannten Probleme und Antworten zu finden. Das Teilprojekt „Steuerung, Nachhaltigkeit und Transfer“ bildet hierfür den Grundstein. Es soll projektübergreifend den Transfer der entwickelten Artefakte in nachhaltige regionale Geschäftsmodelle sicherstellen. Die Überbrückung der räumlichen Trennung durch telekommunikationstechnische Hilfsmittel ist für das Teilprojekt „Digitalisierte Pflege“ ein wichtiger Baustein in der weiteren Vernetzung einer Dorfgemeinschaft.

3. Planung und Ablauf des Vorhabens

3.1 Der „Design Science“ Ansatz

(Blotenberg, Hauptelshofer, Ickerott, Kortekamp, Seeling & Süßmuth 2021: im Druck)

Dem Entwicklungsparadigma des Projektes „Dorfgemeinschaft 2.0“ liegt der „Design for Science“ Ansatz zu Grunde. In sogenannten Use Cases werden Fallszenarien abgebildet, die bei der Konzipierung nachhaltiger und realitätsnaher Versorgungsmodelle zur Beschreibung von Abläufen und Schnittstellen dienen und die Kommunikation innerhalb der Teilprojekte erleichtern. Aus den erhobenen Daten ließen sich u. a. Personas ableiten. Personas sind fiktive Persönlichkeitsprofile und stehen stellvertretend für die potenziellen Nutzenden der genannten Versorgungskonzepte in TP 1 & 6 (Jacobsen et al. 2017). Sie helfen, die Eigenschaften, Wünsche und Bedürfnisse der späteren Nutzenden real und greifbar zu machen. Dies stellt sicher, dass die späteren Nutzenden bei der Entwicklung berücksichtigt werden und bildet damit die Basis für eine nutzerzentrierte Mensch-Technik-Interaktion. Zudem sind Personas hilfreich, um die Kommunikation innerhalb des Forschungsprojektes zu fördern. So konnten teilprojektübergreifende Beschreibungen von Prozessen und Schnittstellen in Form von Fallszenarien.

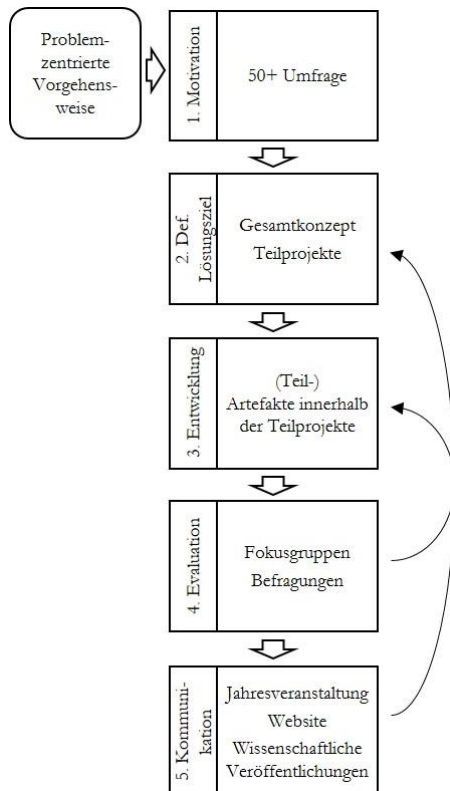


Abbildung 1: Übersicht der Forschungsmethode (angelehnt an Peffers et al. 2007)

Das Gesamtversorgungskonzept des Projektes „Dorfgemeinschaft 2.0“ gliedert sich in ein Sach- (strategische Konzeption) und ein Handlungskonzept (operative Konzeption). Durch die Schaffung von digitalen Strukturen werden Dienst- und Sachleistungen miteinander verknüpft und den Bürger*innen zur Verfügung gestellt (Hildner, Stutz & Teuteberg 2018).

Ergebnis: Die auf den Forschungsergebnissen basierende Persona Emma Meyer diente im Verlauf des Projektes „Dorfgemeinschaft 2.0“ als fiktive Case Study für die Weiterentwicklung der innovativen Versorgungsansätze.



Emma Meyer ist

- 72 Jahre alt und lebt in Emlichheim,
- ist pflegende Angehörige ihres Ehemanns (Pflegegrad 2),
- lebt im Einfamilienhaus,
- das Ehepaar besitzt einen Hund,
- sie hat keinen Führerschein, fährt kurze Strecken gerne mit dem Fahrrad,
- ist körperlich fit,
- hat sich früher gerne mit Freunden zum Kaffee getroffen -> aufgrund der Pflege ihres Mannes ist das aktuell aber nicht mehr möglich,
- aufgrund des fehlenden Führerscheins kann sie Freunde außerhalb von Emlichheim nicht besuchen
- soziale Kontakte fehlen ihr sehr, sie fühlt sich oft einsam und allein.
- Als ehemalige Sekretärin kennt sie sich mit dem Computer aus.

3.2 Die Ist- und Bedarfsanalyse

(Hauptelshofer, Blotenberg, Seeling & Stutz 2019)

Um den Sozialraum kleinteilig abzubilden und weiter konzeptuell zielführend zu arbeiten, wurde 06/2016 bis 05/2017 eine **gesundheits- und technikorientierte Ist- und Bedarfsanalyse** durchgeführt (Ethikvotum: HSOS-2016-1-3). Dazu wurden Bürger*innen (n=58), Seniorenbeiräte, Landfrauen und Expertengruppen (Landkreis, Fachstellen, ambulante Pflegedienste) der Region zu Diskussionsforen eingeladen. Im Fokus stand, was sie für Erfahrungen mit technischen Hilfsmitteln sowie mit Fortbewegungsmöglichkeiten gemacht haben und wie sie den Gesundheitssektor in ihrer Region erleben. Was sie sich an Unterstützung wünschen, was sie sich grundsätzlich bei der Nutzung von Technik im Kontext von Gesundheit erhoffen und wozu sie bereit oder nicht bereit sind, wenn es zum Einsatz von Technik im Gesundheitswesen kommt. Ergänzend wurde erfragt, was ihrer Meinung nach eine „(Dorf-)Gemeinschaft“ auszeichnet.

Ergebnis: Die Ergebnisse zeigen, dass das Konstrukt einer funktionierenden Nachbarschaft als Sorgenetz erlebt wird, welches jedoch in der Region als schwindend wahrgenommen wird. Hinzu kommt die oftmals negative Wahrnehmung des persönlichen Alters. Resultierend daraus werden pflegerelevante Themen und Pflegebedürftigkeit aus dem Bewusstsein verdrängt, was zu einer späten Auseinandersetzung mit dem persönlichen Gesundheitsmanagement führt. Um den gewohnten Lebensstandard beizubehalten oder eine höhere Lebensqualität zu erreichen, wird die Nutzung von IKT und AAL Technologien als Erleichterung im Alltag wahrgenommen. Erfahrungen im Umgang mit Technik zeigen, dass ein hoher Informationsbedarf in Bezug auf den individuellen Nutzen und die grundlegende Handhabung von Technik besteht. Viele Bildungseinrichtungen sind ihnen zudem unbekannt, oder gerade im ländlichen Gebiet nur schwer erreichbar. Die Bürger*innen wünschen sich in diesem Kontext gerade im höheren Lebensalter Bildungsmanager und Ansprechpersonen, die professionell ausgebildet sind und gesundheits- und technikbezogene Beratungen anbieten. Der Wunsch geht dahin, dass die Bürger*innen sog. Kümmerer*innen fokussieren, die auch mit sensiblen personenbezogenen Daten vertraut sind und ein gezieltes, vernetzendes Gesundheitsmanagement betreiben können. Dies lässt die Schlussfolgerung zu, auch die Angebote von bspw. Selbsthilfegruppen in die Informations- und Bildungsstelle zu integrieren und Apotheken und Sanitätshäuser als Kooperationspartner und „Gate-Keeper“ zu nutzen.

Die Präventiven Hausbesuche werden als innovative Versorgungsform wahrgenommen und als Chance gesehen individuelle Unterstützung zu erhalten, um sich mit dem eigenen Gesundheitsmanagement zu beschäftigen. Zudem wird ein frühzeitiger Beginn von Präventionsangeboten gewünscht. Technik wird unter der Bedingung, dass diese nicht als Ersatz der zwischenmenschlichen Kommunikation und Handelns eingesetzt werden darf, als Hilfsmittel akzeptiert.

3.3 Die Abbildung des Sozialraums

Zu Beginn des Verbundprojektes „Dorfgemeinschaft 2.0 - Das Alter im ländlichen Raum hat Zukunft“ wurde die Visualisierung der Gesundheits- und Sozialanbieter der Projektregion angestrebt. Hierfür erfolgte eine Internetrecherche der vorhandenen Institutionen. Jede identifizierte Institution erhielt eine persönliche E-Mail mit dem Hinweis kostenlos mit einem Profil auf der Sozialmap erscheinen zu können. Hierfür mussten die gesammelten Informationen freigegeben werden. Die Umsetzung erfolgte in Kooperation durch die Mitarbeiter*innen der Gemeinsam eG, der Sozialgenossenschaft im Landkreis Regensburg.

Ergebnis: Einrichtungen des Gesundheitssystems können nun auf einen Blick speziell für die Region, dem Landkreis Graftschaft Bentheim, auf der Sozialmap (<https://www.sozialmap.com>) identifiziert werden. Hier sind die Adressen, Telefonnummern und weitere Kontaktdaten wie Homepage und E-Mailadressen für eine unkomplizierte Kontaktaufnahme hinterlegt.

3.4 Das Forschungsprojekt „Präventive Hausbesuche“

(Blotenberg, Seeling, & Büscher 2018)

Der Fokus liegt auf der Akzeptanzanalyse Präventiver Hausbesuche und der Messung des Effekts auf den Verlauf des Gesundheitszustands. Ziel ist, neue Erkenntnisse zu den Effekten von Präventiven Hausbesuchen zu gewinnen, die die derzeit unzureichende Datenlage für Deutschland ergänzen. Die Zielgruppe sind Bürger*innen, die zwischen 65 und 85 Jahre alt sind, innerhalb der Samtgemeinde Emlichheim wohnen, Deutsch verstehen und sprechen, bisher keine festgestellte Pflegebedürftigkeit nach SGB XI §14 und §15 aufweisen und einer freiwilligen Teilnahme zustimmen.

Das methodische Vorgehen

Im Vorfeld der Implementierung des innovativen Versorgungskonzepts der Präventiven Hausbesuche wurde eine systematische, internationale Literaturrecherche zu Konzepten und Effekten dieser sowie national zu Modellprojekten durchgeführt. Es folgte eine Stakeholderanalyse zur Identifikation möglicher Kooperationspartner für die Implementierung und eine Anpassung des Konzepts an die regionalen Gegebenheiten. Es war eine hochkomplexe repräsentative Interventionsstudie. Vor Projektbeginn wurde ein positives Ethikvotum durch die Ethikkommission der Hochschule Osnabrück vergeben (Votum: HSOS/2017/1-6). Die Übersicht des Studiendesigns, der Durchführung Präventiver Hausbesuche vonseiten der Praxis und der wissenschaftlichen Begleitforschung, bietet die folgende Abbildung.

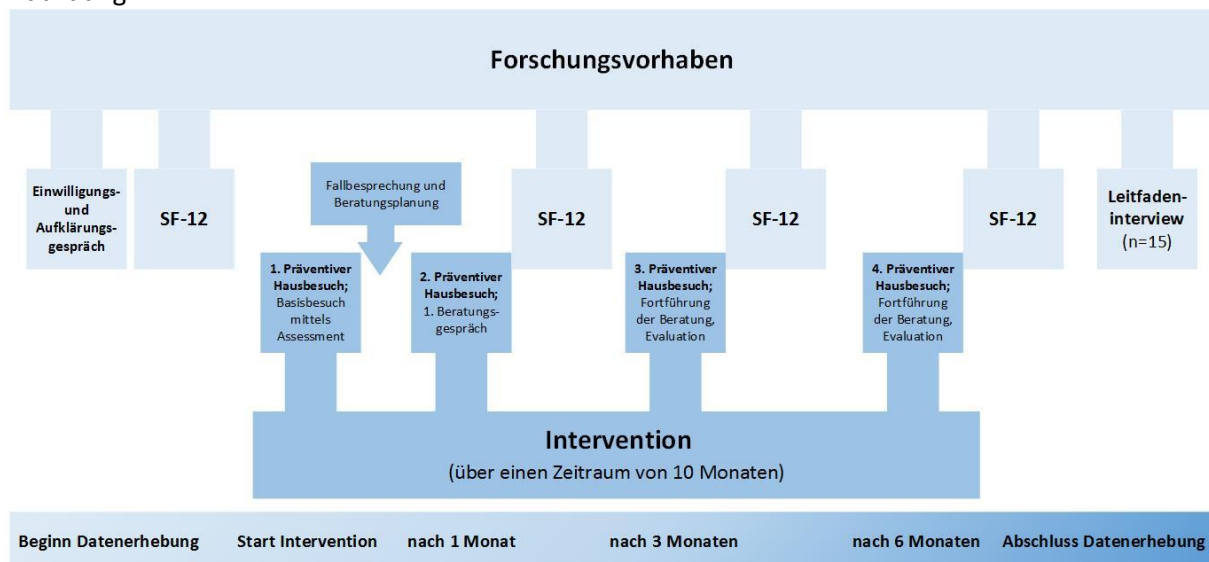


Abbildung 2: Das Design des Forschungsprojektes „Präventive Hausbesuche“

Der Feldzugang

Über den Projektstart wurde anhand von Pressemitteilungen informiert. Zudem erfolgte eine zielgruppenspezifische Ansprache mittels zielgruppenorientierten Flyer über das Angebot und persönlichem Anschreiben. Des Weiteren wurden vonseiten der Praxis Informationsveranstaltungen durchgeführt. Nach den Rückmeldungen der Interessensbekundungen begann die telefonische Kontaktaufnahme vonseiten der Wissenschaft zu den interessierten Bürger*innen. Diese wurden je Gemeinde per Zufall ausgewählt, um ein repräsentatives Abbild einer dörflichen Struktur zu erhalten.

Die Datenerhebung und -auswertung

Die Erhebung der quantitativen Daten erfolgte mittels Longitudinalstudie. Hierfür wurde der Fragebogen, der SF-12 (Morfeld et al. 2012), zunächst für die Ist-Analyse des körperlichen und psychischen Gesundheitszustands verwendet. Im Weiteren wurde der SF-12 jeweils nach dem zweiten, dritten und vierten Hausbesuch ausgefüllt. Die Datenanalyse und Darstellung der Ergebnisse erfolgte mithilfe der speziellen Software SPSS, Version 24. Nach Abschluss der Präventiven Hausbesuche von fünf Studienteilnehmer*innen wurde per Zufall ein Teilnehmer*in für ein leitfadengestütztes Interview (n=15) ausgewählt. Die Auswertung erfolgte mithilfe der speziellen Software MAXQDA, Version 12. Die inhaltsanalytische Auswertung wurde nach Mayring (2015) durchgeführt.

3.5 Das Bildungsmanagement „Digital Nurse“

Die Konzeption der „Digital Nurse“ sowohl strategisch, eingebettet in das Gesamtversorgungskonzept als ein Geschäftsmodell akademisch qualifizierter Pflegefachpersonen statt, als auch operativ, indem Kompetenzprofile, Assessments und Bildungsangebote analog und digital konzipiert oder adaptiert werden.

Das methodische Vorgehen baut auf,

1) der Ist- und Bedarfsanalyse (06/2016 - 05/2017) der Projektregion auf, in welcher die Binnenperspektive der Erfahrungen und Bedarfe der Bürger*innen in Bezug auf Prävention, Gesundheit, Bildung und Technik ermittelt wurden.

2) Mit dem Ziel Nursing informatics als neues Handlungsfeld professionell Pflegender für Deutschland zu skizzieren, wurde ein internationales Scoping Review (08/2018) unter der Leitfrage „Welche Kompetenzen zeigen professionell Pflegende in Technikaneignungsprozessen älterer Menschen und welche Aufgabenfelder haben sie inne, bzw. könnten sie zukünftig übernehmen?“ durchgeführt. Zentrale Suchbegriffe waren Nursing informatics, Competencies und Health literacy ([Haupteltshofer, Egerer & Seeling 2020](#)).

3) Für die Erhebung von subjektiven Parametern (z. B. die Wahrnehmung von Technik, die Bedeutung von Technik für den Alltag im Kontext von Gesundheit) wurden narrative Interviews (09/2019 – 12/2019) zu Technikgeschichten älterer Menschen geführt.

Zielsetzung ist hierbei, mehr über das Erleben von Technik zu erfahren und biografische und regionale Besonderheiten in die Konzeptionierung von bedarfsgerechten Bildungsangeboten einzubeziehen und Erkenntnisse für die Bildungsanamnese zu generieren (in Bearbeitung).

4) Wiederkehrend finden Simulationen der Use Cases statt. Beispielsweise in Form einer fiktiven Case Study, in deren Anwendungsszenario die „Digital Nurse“ ältere Menschen bei der Nutzung einer Gesundheits-App unterstützt.



Abbildung 3: Die strategische und operative Konzeption des Bildungsmanagements

4. Wissenschaftlicher und technischer Stand, an den angeknüpft wurde

4.1 Steuerungszentrale Pflege

Laut Sachverständigenrat setzt eine zielorientierte Gesundheitsversorgung Kooperation und Verantwortung aller Akteure im Gesundheitswesen voraus und fordert daher eine Neustrukturierung der Zusammenarbeit. Das Sachverständigengutachten 2007 beschreibt eine nicht adäquate Aufgabenverteilung der Gesundheitsberufe im ambulanten Bereich im Hinblick auf die demografischen, strukturellen und innovationsbedingten Anforderungen (SVR 2007). Die gesundheitliche Primärversorgung erfüllen im deutschen Gesundheitssystem die Ärzte mit einem hausärztlichen Schwerpunkt. Dieses Prinzip ist aufgrund von drohendem Nachwuchsmangel und des demographischen Wandels gefährdet. Der Verbleib im häuslichen Bereich bei Pflegebedürftigkeit ist das primäre Bedürfnis von Betroffenen. Ambulante Dienste können aufgrund eines engen Leistungs- und Angebotsprofils diesen Problemen nicht immer gerecht werden. Der SVR fordert hier eine qualifizierte Weiterentwicklung und Ausdifferenzierung der ambulanten Pflege (SVR 2009). Dies

könnte bspw. die präventive Ausrichtung von Pflege sein, d.h. Pflegebedürftigkeit hinauszuzögern oder gar zu vermeiden.

Das Konzept der Präventiven Hausbesuche

Bereits 2005 stießen Präventive Hausbesuche, die durch Ärzte, Sozialarbeiter oder Pflegekräfte durchgeführt wurden, auf breites Interesse (BfG 2005). Verschiedene Projekte in unterschiedlichen Kontexten deuten auf einen anhaltenden gesellschaftlichen Bedarf für und Interesse an Präventiven Hausbesuchen hin (Weidner 2004; Frommelt 2008). **Ergebnis:** Das innovative Versorgungskonzept der Präventiven Hausbesuche wurde demnach als eine Lösung für die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum identifiziert.

Das erweiterte Berufsfeld einer akademisch qualifizierten Pflegefachkraft

Beratung ist eine pflegerische Basisqualifikation (PflBRefG 2017) und elementar für den Beziehungsprozess zwischen einer akademisch qualifizierten Pflegefachkraft und der Bürger*in. Als Ergebnis des im Jahr 2005 durchgeführten Experten-Hearings konnte gesichert werden, dass die Durchführung Präventiver Hausbesuche eine pflegerische Qualifikation als Basisqualifikation bedarf und dementsprechend die Berufsgruppe der Pflegefachkräfte für die bestgeeignete Profession gehalten wird (BfG 2005). **Ergebnis:** Dementsprechend werden die Hausbesuche von einer akademisch qualifizierten Pflegefachkraft (B.Sc.) durchgeführt.

Die Sozialmap

Die Gemeinsam eG der Sozialgenossenschaft im Landkreis Regensburg betreibt die Sozialmap. Sie ist eine Plattform wichtiger Kontaktstellen zu sozialen Verbänden, Organisationen, Dienstleistern bis hin zu Selbsthilfegruppen. Ausgehend von der Region Ostbayern mit entsprechenden Regionenerweiterungen sind Angebote, Dienstleister angelegt, die den Menschen in allen Lebenslagen helfen Anschluss zu finden, Kontakte zu knüpfen und unter einer zentralen Webadresse das gezielte Suchen und Finden auch in der jeweiligen Region zu gewährleisten. Das Portal ist in 17 verschiedene Themenrubriken unterteilt, die eine gezielte Suche nach einzelnen Einträgen ermöglicht. **Ergebnis:** Die Plattform wurde um die Einrichtungen des Gesundheitswesens des Landkreises Graftschaft Bentheim erweitert, um einen Überblick und einen leichteren Zugang zu den Angeboten und Dienstleistern zu verschaffen.

4.2 Digitalisierte Pflege

Nitschke et al. (2014) weisen in ihrer Arbeit auf die Notwendigkeit hin, dass die bereitgestellten Technologien vor allem auf die Bedürfnisse der Nutzer zugeschnitten sein müssen. Mit einem entwickelten Schulungsprogramm zur Weiterbildung von Technikern und Pflegenden im AAL-Bereich zielen die Autoren auf eine Verbesserung in Bezug auf Umgang, Akzeptanz und Bereitschaft seitens älterer Menschen/ Pflegeempfänger, AAL-Technologien einzusetzen, ab.

Das digitalisierte STEP-m Assessment

Ende der 90er wurde das STEP-Assessment entwickelt und dient dazu altersrelevante Gesundheitsprobleme zu erfassen (Junius et al, 2002). Das STEP-m (Standardized Assessment of Elderly People in Primary Care in Europe mit dem Modul m Mobilität), welches damals in dem Projekt „mobil“ (DIP 2008) verwendet und zuvor auf die Zielgruppe operationalisiert wurde, fand demnach ebenfalls für das Forschungsprojekt „Präventive Hausbesuche“ Anwendung. **Ergebnis:** Das STEP-m, welches im ersten Präventiven Hausbesuch Anwendung findet, wurde im Vorfeld der Studie durch den Praxispartner, der opta data Abrechnungs GmbH, in dem Programm egeko-Beratung digitalisiert, um eine einfache und zeitgemäße Anwendung für die akademisch qualifizierte Pflegefachkraft zu ermöglichen und die Basis für eine eigene elektronische Gesundheitsakte (vgl. Die Bundesregierung 2021) der Bürger*innen zu schaffen. Da die Internetverfügbarkeit im ländlichen Raum nicht flächendeckend gegeben und ein ausschließlich servergestütztes Programm demnach nicht überall nutzbar ist, musste das Interventionsdesign angepasst werden. Daher wurde ebenfalls das Assessmentinstrument vonseiten der Wissenschaft in eine beschreibbare PDF-Datei umformatiert, um Übertragungsfehlern vorzubeugen.

Der digitalisierte Pflegeüberleitungsbogen

Die Arbeitsgemeinschaft Pflege (AGP) im Landkreis Graftschaft Bentheim entwickelte gemeinsam den Graftschafter Pflegeüberleitungsbogen. **Ergebnis:** Der regionale Überleitungsbogen wurde durch den Praxispartner, der opta data Abrechnungs GmbH, in eine vorhandene Rasterstruktur für digitale Dokumente übertragen, um eine Qualitätssteigerung der pflegerischen Versorgung durch die Sicherstellung der Versorgungskontinuität zu ermöglichen. Ziel war, zukünftig Informationsverluste an den Schnittstellen zu vermeiden und einen flexiblen Datenfluss sowie eine schnelle Verfügbarkeit von (pflege)relevanten Daten zwischen den Stakeholdern im Gesundheitswesen zu gewährleisten. Es erfolgte die Simulation eines möglichen Datenaustausches im Gesamtversorgungskonzeptes über die Dorfgemeinschaftsplattform. Für die Integration in den Gesundheitsbereich der Plattform konnte die Gesundheitsakte der vitabook GmbH identifiziert werden. Hier wäre die Zusammenarbeit mit einem Krankenhaus notwendig gewesen, welches sich jedoch gegen solch eine Patientenakte entschied.

Die digitale Gesundheitsakte

Das von dem Kooperationspartner, vitabook GmbH, entwickelte Gesundheitskonto ermöglicht es Bürger*innen, ihre sämtlichen Gesundheitsdaten an einem sicheren, digitalen Ort in ihrer alleinigen Hoheit zu speichern, zu verwalten und zu teilen. Die Eigentümer*innen des jeweiligen Gesundheitskontos können ihren Angehörigen sowie von ihr autorisierten Pflegeprofis in Pflegediensten und Pflegeheimen, ihren Ärzten, der Apotheke sowie autorisierten Kliniken Zugriff auf Teile oder das gesamte Gesundheitskonto gewähren. **Ergebnis:** Das Gesundheitskonto wurde zu einer digitalen Gesundheitsakte erweitert, um darin die Ausarbeitungen des Teilprojektes 6 wie das STEP-m Assessment und den Graftschafter Pflegeüberleitungsbogen bündeln zu können.

Der Gesundheitskiosk

Der Health Hub Roden, ein Techniklabor in den Niederlanden, entwickelte u. a. Beispiele für einen Health Kiosk, sodass Kunden ihr eigenes Gesundheitsverhalten reflektieren und Nutzungsstrategien erproben können. **Ergebnis:** Anregungen für die Erstellung eines Konzepts für den Gesundheitskiosk konnten gewonnen werden und die Einbettung in das Gesamtversorgungskonzept erfolgte. Zudem erfolgte die Simulation des Gesundheitskiosks in einer fiktiven Case Study (Hauptelshofer & Meier 2020).

5. Zusammenarbeit mit anderen Stellen

5.1 Kooperationspartner, die im Laufe der Projektzeit gewonnen werden konnten

Bibliomed medizinische Verlagsgesellschaft mbH

Kontakt: <https://bibliomed.de>, E-Mail: info@bibliomed.de

Ergebnis: Aufnahme der Zeitschrift „Angehörige pflegen“ in das Angebot der Bibliothek der Hochschule Osnabrück und der Senfkorn Mehrgenerationenhaus Emlichheim gGmbH, Einbindung der Angebote des Verlags in das Widget „Gesundheits- und Pflegeinformationen“.

Gemeinsam eG der Sozialgenossenschaft im Landkreis Regensburg

Kontakt: <https://gemeinsam-eg.de>, E-Mail: info@gemeinsam-eg.de

Ergebnis: Visualisierung von Einrichtungen des Gesundheitswesens des Landkreises Graftschaft Bentheim (Pressemitteilung 06/2017) und Einbindung des Ergebnisses in das Widget „Gesundheits- und Pflegeinformationen“.

Gesundheitsregion Graftschaft Bentheim

Kontakt: <https://gesundheitsregion.graftschaft-bentheim.de>

Ergebnis: Mitglied der Hochschule Osnabrück in der Steuerungsgruppe, vertreten durch Frau Prof. Dr. Seeling; Beteiligung an den regionalen Arbeitsgemeinschaften „medizinisch gut versorgt“, „gesund alt und gepflegt werden“, „gesund aufwachsen“ zur Shareholder-Analyse. Einbindung des Gesundheitsnavigators in das Widget „Gesundheits- und Pflegeinformationen“.

Health Hub Roden

Kontakt: <https://healthhub-roden.nl>, E-Mail: info@healthhub-roden.nl

Ergebnis: Die Verzahnung des Health Hubs in den Bereichen Technik, Gesundheit, Wirtschaft und Praxispartnern im Gesundheitswesen eröffnet einen vereinfachten Zugang zu neuen Technologien.

Landkreis Grafschaft Bentheim

Kontakt: <https://www.grafschaft-bentheim.de>, E-Mail: poststelle@grafschaft.de

Ergebnis: Gemeinsame Durchführung der Post-Studie 50+ ([Pressemitteilung 12/2020](#)).

Samtgemeinde Emlichheim

Kontakt: <https://www.emlichheim.de>, E-Mail: info@emlichheim.de

Ergebnis: Ausarbeitung unterschiedlichster Projektideen mit der Samtgemeindegemeinderin, u.a. wurde die Initiierung des innovativen Versorgungskonzeptes einer Pflegepraxis diskutiert. Für solch eine Implementierung war die Bereitschaft der Hausärzte vor Ort jedoch noch nicht gegeben.

Samtgemeinde Uelsen

Kontakt: <https://www.uelsen.de>, E-Mail: info@uelсен.de

Ergebnis: Teilnahme an den Sitzungen des Pflorgetisches Uelsen; Besuch des Theaterstücks zum Thema Demenz „Dachstube“, u.a. initiiert vom Senioren- und Pflegestützpunkt Niedersachsen und der Lokalen Allianz für Menschen mit Demenz.

Senfkorn Mehrgenerationenhaus Emlichheim gGmbH

Kontakt: <http://www.mgh-senfkorn.de>, E-Mail: info@mgh-senfkorn.de

Ergebnis: Durchführung des Kooperationsprojektes „DaHeim (Dank aufsuchender Hausbesuche eigenständig interaktiv mobil) – in Emlichheim“ ([Projekthomepage](#)).

Senioren- und Pflegestützpunkt Niedersachsen

Kontakt: <https://www.grafschaft-bentheim.de/verwaltung/dienstleistungen>

Ergebnis: Zuarbeit von Informationen sowie Unterstützung bei den Fallbesprechungen im Projekt „DaHeim - in Emlichheim“.

Seniorenbeiräte, Landfrauen und weitere Experten aus der Region

Ergebnis: Teilnehmer*innen der Ist- und Bedarfsanalyse.

5.2 Folgeprojekte, die aufgrund der Projektarbeit entstanden sind

In Kooperation mit der Senfkorn Mehrgenerationenhaus Emlichheim gGmbH

Titel: „DaHeim (Dank aufsuchender Hausbesuche eigenständig interaktiv mobil) – in Emlichheim“

Finanzielle Förderung: LEADER Grafschaft Bentheim aus dem Europäischen Landwirtschaftsfonds für die Entwicklung des ländlichen Raums (ELER), Amt für regionale Landesentwicklung Weser-Ems aus dem Förderprogramm für Demografie-Projekte auf dem Gebiet der Metropolregion Nordwest und in Weser-Ems, gefördert durch das Land Niedersachsen, die Samtgemeinde Emlichheim und einem Eigenbeitrag der Senfkorn Mehrgenerationenhaus Emlichheim gGmbH. Die wissenschaftliche Begleitung vonseiten der Hochschule Osnabrück erfolgte im Rahmen des Verbundprojektes „Dorfgemeinschaft 2.0 - Das Alter im ländlichen Raum hat Zukunft“.

Fördervolumen: 128.949,16 €

Einreichung: bei LEADER 05/2017 und bei ArL 12/2016

Weitere Details und die Ergebnisse zum Projekt finden Sie auf der [Projekthomepage](#).

Angebot für die wissenschaftliche Begleitung und Evaluation des Modellprojekts

Titel: „Präventive Hausbesuche“ in drei Modellkommunen

Finanzielle Förderung: Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung

Einreichung: 11/2020

II. Eingehende Darstellung

Im Folgenden werden die Ergebnisse des Teilprojektes 1 „Steuerung, Nachhaltigkeit und Transfer“ und des Teilprojektes 6 „Digitalisierte Pflege“ kumuliert dargestellt, da die Bearbeitung in einem Team vorgenommen wurde und bei einer getrennten Darstellung die Sachlogik gebrochen würde.

1. Das erzielte Ergebnis

1.1 Die Sekundäranalyse der 50+ Befragung

(Blotenberg, Egerer & Seeling 2018)

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Sekundärdatenanalyse der 50+ Befragung (Seeling 2016) reduziert auf die Samtgemeinde Emlichheim vorgestellt. Ziel ist, den individuellen Bedarf der Einwohner der Pilotregion der Studie „DaHeim – in Emlichheim“ darzustellen.

Ergebnis: Vorherrschend ist der Wunsch, möglichst lange in der eigenen Häuslichkeit verbleiben zu können, welcher bei den Bürger*innen der Samtgemeinde Emlichheim noch stärker ist als bei denen des gesamten Landkreises Grafschaft Bentheim. Dies ist zum einen in dem sehr hohen Anteil an Eigentum begründet und zum anderen in der Verbundenheit zur Nachbarschaft, welche von einem überwiegenden Teil als gut bewertet wurde. Die Sekundärdatenanalyse zeigt zudem, dass die ohnehin starke Stellung der Familie in dem Landkreis Grafschaft Bentheim in der Samtgemeinde Emlichheim noch stärker ausgeprägt ist. Bezogen auf den Bereich Gesundheit und Pflege zeigt sich, dass die befragten Emlichheimer Bürger*innen zum Teil deutlich aufgeschlossener gegenüber neuen und bereits bestehenden Angeboten aus dem medizinisch-pflegerischen Bereich sind. Dies ist sicherlich in der bereits heute drohenden Unterversorgung im hausärztlichen Bereich zu begründen. Um auch im Alter in der eigenen Häuslichkeit gut versorgt werden zu können, sind die Bürger*innen der Samtgemeinde aufgeschlossener Angebote wie Tagespflege, eine rollende Praxis, einen ambulanten Pflegedienst und sich mit einem Gesundheitsproblem direkt an eine Pflegefachkraft mit Hochschulabschluss zu wenden, in Anspruch zu nehmen. Dies stellt einen großen Mehrwert bei der Konzeption innovativer Versorgungskonzepte dar. Insgesamt wird anhand der Ergebnisse deutlich, dass den Befragten die Defizite des Alters bekannt sind, sie sich zum Teil aber noch nicht im Gesunden damit beschäftigen möchten, sondern erst, wenn ein Defizit sichtbar ist. Hier kann das Versorgungskonzept der Präventiven Hausbesuche ansetzen, um bei den Bürger*innen eine veränderte, förderliche Wahrnehmung von und Haltung zu Prävention zu bewirken.

1.2 Präventive Hausbesuche

(Blotenberg, Seeling & Büscher 2021; Blotenberg, Naber, Paul & Seeling 2021, im Prozess)



Das Kooperationsprojekt „DaHeim (Dank aufsuchender Hausbesuche eigenständig interaktiv mobil) – in Emlichheim“ stellt eine Projektzusammenarbeit der Hochschule Osnabrück, Campus Lingen, und der Senfkorn Mehrgenerationenhaus Emlichheim gGmbH dar. Die Projektlaufzeit betrug drei Jahre, 10/2017 ([Pressemitteilung 10/2017](#)) bis 09/2020 ([Pressemitteilung 09/2020](#)).

Problemstellung

Der Deutsche Bundestag hat am 18.06.15 das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention verabschiedet. Ziel ist, Krankheiten zu vermeiden, bevor sie entstehen (Deutscher Bundestag, 2015). Kritisch zu sehen ist, dass bereits im Jahr 2018 im Koalitionsvertrag der Bundesregierung (Zeilen 4487 bis 4490) festgehalten wurde: „Wir wollen möglichst frühzeitig Pflegebedürftigkeit vermeiden. Dafür fördern wir den präventiven Hausbesuch durch Mittel des Präventionsgesetzes. Kommunen sollen mehr Mitgestaltungsmöglichkeiten bei der Ausrichtung der pflegerischen Versorgungsangebote vor Ort im Rahmen der Versorgungsverträge erhalten.“ Hier gibt es bis heute kaum ersichtliche Maßnahmen, die ergriffen wurden. Auf dieser Grundlage und u. a. auf den Ergebnissen der Sekundäranalyse der 50+ Befragung (s. Absatz oben) baut die Projektidee „DaHeim – in Emlichheim“ auf.

Forschungsprojekt

Präventive Hausbesuche sind eine aufsuchende Methode der Prävention, zur Früherkennung von Risikofaktoren der Pflegebedürftigkeit und von Erkrankungen. Sie zeichnen sich durch einen niedrigschwiligen Zugang zu pflegerischen Angeboten mittels einer vorbeugenden Einzelfallberatung im häuslichen Bereich aus. So ist eine frühzeitige und präventive Intervention durch die gezielte Beeinflussung von Merkmalen des Lebensstils, der Lebenslage und der Umwelt möglich. Die Durchführung der Präventiven Hausbesuche erfolgt durch eine akademisch qualifizierte Pflegefachkraft, angestellt bei der Senfkorn Mehrgenerationenhaus Emlichheim gGmbH. Die Projektregion, die Samtgemeinde Emlichheim, liegt im Landkreis Grafschaft Bentheim, im westlichen Niedersachsen und an der Grenze zu den Niederlanden.

Forschungsfragen

- Wie ist der Verlauf des Gesundheitszustandes, wenn Präventive Hausbesuche in Anspruch genommen werden?
- Wie ist die Akzeptanz Präventiver Hausbesuche?
- Welche Parameter sind erforderlich einen Verbleib in der Häuslichkeit bzw. Prävention von Pflegebedürftigkeit zu erzielen?
- Welches Konzept Präventiver Hausbesuche muss zugrunde liegen, damit Senioren diese in Anspruch nehmen?

Ergebnisse

Die Teilnahme an der Studie stieß auf breites Interesse in der Bevölkerung (n=273; die Rücklaufquote betrug 11%). Der Großteil der Interessensbekundungen war von Ehepaaren oder Lebenspartnerschaften (n=93). Die Teilnehmeranzahl war aufgrund der Strukturkriterien auf 75 Personen begrenzt; es wurden 45 Frauen und 30 Männer in die Studie eingeschlossen. Die Intention der Bürger*innen an der Studie teilzunehmen war u. a. der Wunsch nach Unabhängigkeit von der Unterstützung durch Familienangehörige oder Freunde, mehr sozialer Teilhabe, Informationsbeschaffung und aus reiner Neugier. Im Laufe der 36 Monate gab es von fünf Studienabbrüche, 3 Frauen und 2 Männer. Diese erfolgten aufgrund eines Umzugs, keiner Veränderungen im Vergleich zum letzten Besuch, falscher Erwartungen an das Projekt und keiner Angabe.

Der Verlauf des Gesundheitszustands

Der körperliche Gesundheitszustand der Studienteilnehmer*innen (n=62) stieg am Anfang der Studienteilnahme zunächst an und wurde dann im Laufe schlechter als zu Beginn. Der Mittelwert vor dem 1. Hausbesuch betrug 45,03, nach dem 2. 46,21, nach dem 3. 44,36, nach dem 4. 43,83. Der psychische Gesundheitszustand verbesserte sich deutlich. Der Mittelwert vor dem 1. Hausbesuch betrug 46,72, nach dem 2. 48,66, nach dem 3. 48,97, nach dem 4. 48,82. Als Referenzwert liegt der Mittelwert der deutschen Normstichprobe von 1994 vor: der Mittelwert des körperlichen Gesundheitszustands betrug damals 39,84 und der des psychischen 52,47 (Morfeld et al. 2012). Demnach sind die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer des Projekts vergleichsweise körperlich gesünder, jedoch psychisch ungesünder als die Teilnehmer der deutschen Normstichprobe von 1994. Zu bedenken ist, dass der körperliche Gesundheitszustand aufgrund der Kürze der Zeit und von einem ausschließlich beratenden Angebot schwieriger beeinflusst werden kann; der psychische Gesundheitszustand wiederum kann unmittelbar beeinflusst werden. Die Ergebnisse zeigen zudem, dass der Mittelwert des körperlichen Gesundheitszustands der Studienteilnehmer*innen zwischen 80 und 85 Jahren (35,27) signifikant schlechter ist ($p=0,009$) als der der anderen Altersgruppen (65-69 Jahre alt: 41,71; 70-74: 48,93; 75-79: 42,68). Weitere Einflussfaktoren wie akute Erkrankungen oder Lebensänderungen müssen hier ebenfalls betrachtet werden. Insgesamt war von knapp 1/3 der Teilnehmer*innen (n=21) der letzte Hausbesuch durch die Corona-Pandemie beeinflusst. Die Pandemie hatte signifikant nachweisbaren Einfluss auf den psychischen Gesundheitszustand der Studienteilnehmer*innen ($p=0,003$). Der Mittelwert der betroffenen Teilnehmer*innen (42,40) im Vergleich zu dem der nicht betroffenen (44,57) verschlechterte sich deutlich.

Die Akzeptanz der Präventiven Hausbesuche

Die Präventiven Hausbesuche wurden von den Studienteilnehmer*innen sehr gut akzeptiert und lösen deutlich positive Emotionen aus. Durch die Hausbesuche entstand eine Wohlfühlatmosphäre, geprägt von einem sehr engen Vertrauensverhältnis. Die Studienteilnehmer*innen haben das Gefühl von Wohlbefinden aufgrund der sozialen Kontakte. Das Reden und dass zugehört wird, hilft gegen die Einsamkeit. Die Beratungsgespräche sind wegen der Anregungen und guten Tipps der Pflegefachkraft sehr hilfreich. Auch die Hilflosigkeit aufgrund von Unsicherheit, Überforderung und/ oder Unwissenheit werden durch die Gespräche reduziert. Insbesondere wird das eigene Handeln der Teilnehmer*innen bestätigt und sie werden zum Handeln ermutigt. Aber es herrscht auch das Gefühl der Ambivalenz, einerseits fühlen sich die Teilnehmer*innen fit und benötigen keine Unterstützung, andererseits besteht eine psychisch höchst emotionale Belastung (z. B. Sorgeverantwortung innerhalb der Familie). Personen, die bereits präventiv unterwegs sind, tolerieren die Präventiven Hausbesuche. Sie empfinden es als überaus positiv, dass wenn es einem doch mal schlechter gehen sollte, auf die Beratungsgespräche zurückgegriffen werden kann. Die Themenschwerpunkte der Beratungen innerhalb der Präventiven Hausbesuche waren Bewegung, Ernährung und soziale Teilhabe. Es konnten zielgerichtete Maßnahmen und Aktivitäten eingesetzt werden, die zur Erhaltung der Gesundheit beitragen und das Erkrankungsrisiko verringern oder verzögern. Sowohl die Situationen als auch die Lebensgeschichten waren sehr unterschiedlich und forderten das Wissen der akademisch qualifizierten Pflegefachkraft, um eine professionelle, zielgerichtete, aber dennoch möglichst persönliche Beratung zu gestalten. Die Pflegefachkraft wurde als Ansprechpartnerin vor Ort sowie als Experte wertgeschätzt und gefragt. Sie wurde zu einer vertrauten Bezugsperson, was durch die Kontinuität und Verbindlichkeit in den Besuchen gefördert wurde.

Weiterführende Informationen

Der Abschlussbericht ([Blotenberg, Breukelman, Meding, Naber, Paul, & Seeling 2020](#)) und die Ergebnispräsentationen stehen auf der [Projekthomepage](#) allen Interessierten zur Verfügung.

1.3 Bildungsmanagement

Problemstellung

Elektronische Gesundheitsakten und Gesundheitskonten werden vermehrt als Vernetzungsinstrumente im Gesundheitswesen genutzt. Diese sollen nutzerseitig für ein vernetztes Gesundheitsmanagement von den Bürger*innen selbst verwaltet werden. Die Etablierung von digitalen Versorgungskonzepten (bspw. Telemedizin) wird für strukturschwache ländliche Regionen favorisiert. Jedoch stellt die Aneignung digitaler Kompetenzen im Umgang mit Technik gerade für ältere Menschen ein kritisches Feld dar. So spielt die Benutzerfreundlichkeit der Medientechnologien neben möglichen Zugangsbarrieren als auch Berührungängsten eine wichtige Rolle. Im digitalen Zeitalter werden Informationen immer häufiger über webbasierte Anwendungen, deren Voraussetzung ein Internetzugang ist, und über diverse Endgeräte (Smartphone, Computer, Tablet etc.) generiert.

Forschungsprojekt

Bei dem Bildungskonzept „Digital Nurse“ handelt es sich um ein von der Berufsgruppe Pflege gesteuertes Bildungskonzept, dessen Ziel es ist, die (digitale) Gesundheitskompetenz insbesondere älterer Menschen (65 Jahre und älter) zu fördern. Im Fokus steht die Techniknutzung im Kontext von Gesundheit. Die in der ländlich geprägten Projektregion Grafschaft Bentheim/südliches Emsland (Niedersachsen) lebenden Bürger*innen sollen die Möglichkeit erhalten, eine technologieaffine Pflegefachperson zu konsultieren, die als Ansprechpartnerin für Gesundheit, Pflege und Technikanwendung fungiert und die Menschen in der Bewältigung des Alltags unterstützt. Durch die Aneignung von Technik- und Medienkompetenzen soll die Wahrnehmung des eigenen Gesundheitsstatus und die Selbstbestimmung und Teilhabe an Entscheidungen im Kontext von Gesundheit gefördert werden.



Forschungsfragen

- Welche gesundheits- und technikbezogenen Bedarfe der Bürger*innen bestehen in der Projektregion?
- Wie gelingt die digitale Inklusion älterer Menschen, um Versorgungs- und Nutzungshindernisse zu überwinden?
- Welche Kompetenzen professionell Pflegender sind für die Förderung der digitalen Gesundheitskompetenz älterer Menschen (65 Jahre und älter) erforderlich?

Ergebnisse

Für die „Digital Nurse“ stehen die Förderung der Gesundheitskompetenz und die individuelle Versorgungssituation älterer Menschen (65 Jahre und älter) im Vordergrund. Ziel ist es, neben der Wissensvermittlung, auch ein individuelles Hilfsnetzwerk bei Unterstützungsbedarf zu aktivieren und die Akteure im ländlichen Gebiet unter dem Einsatz einer bürgerzentrierten elektronischen Gesundheitsakte sektorenübergreifend zu vernetzen. Dies umschließt sowohl die Integration in vorhandene kommunale Bildungsangebote als auch die fachliche und pädagogische Gestaltung und Digitalisierung von Lehr- und Lernprozessen. Hierfür müssen digitale Kompetenzen aufseiten der Professionellen sowie der Nutzer*innen vermittelt werden. Aufgrund dessen ist es notwendig, auch eine technikbezogene Bildungsanamnese und ggf. die individuelle Technikkompetenz zu erheben.

Eine akademisch qualifizierte Pflegefachperson ist Ansprechpartner*in vor Ort, vermittelt regionale Bildungsangebote an die Bürger*innen und führt sie bei Bedarf an Technik (bspw. IKT) heran. Konzeptuell wird die Institutionalisierung einer Informations- und Bildungsstelle mit festem Standort geplant, die um Angebote aus virtuellen und nicht-virtuellen Lernsettings und Methoden ergänzt wird. So soll es die Möglichkeit einer direkten Konsultation einer akademisch qualifizierten Pflegefachperson vor Ort in der Region geben, die eine individuelle Bildungsanamnese durchführt. Mithilfe dieses Assessments kann sie zukünftig den Status der Gesundheitskompetenz sowie die individuelle Technikkompetenz erheben. Neben themenbezogener Edukation und Veranstaltungen, wie z. B. Handhabung und Umgang mit einem Tablet, stellt die „Digital Nurse“ ein niederschwelliges Angebot durch die Etablierung eines Gesundheitskiosks dar. In diesem Gesundheitskiosk werden assistive Technologien und Smart Home Technologien zum Ausprobieren zur Verfügung gestellt. Es ist angedacht die „Digital Nurse“ kommunal anzusiedeln, dass sie als Kümmerer*in vor Ort eine Koordinations- und Steuerungsfunktion übernimmt (vgl. Hauptelshofer & Seeling 2021). Durch die Ermittlung von Bedarfen folgt die entsprechende Vernetzung der Bürger*innen an bestehende Dienstleistungen/ Bildungsangebote/ Pflegestützpunkte/ Selbsthilfegruppen usw. der Region, um eine angemessene gesundheitlichen Versorgung zu sichern und auch die Versorgungsansprüche älterer Menschen abzudecken.

1.4 Das Transferkonzept

Das zu entwickelnde Transferkonzept trägt zur Bewältigung der demographischen Herausforderungen im ländlichen Raum bei, ermöglicht die gewünschte Selbstbestimmung in der häuslichen Umgebung, gewährt eine individuelle Lebensqualität und vernetzt die Pflegeempfänger in einer regionalen Gemeinschaft. Die Zielgruppe des Verbundprojekt „Dorfgemeinschaft 2.0 - Das Alter im ländlichen Raum hat Zukunft“ engagiert sich regional durch Übernahme von Sorgestrukturen und Mitverantwortung für das Gemeinwohl. Somit hängen Lebensqualität und Teilnahme dieser Menschen von regionalen Strukturen ab. Die Versorgung durch familiäre Netze ist nicht mehr selbstverständlich, aus persönlichen oder beruflichen Gründen zeigt sich hier eine Veränderung. Dementsprechend bedarf es der Konstitution eines regionalen Sorge- und Unterstützungsnetzwerks (Deutscher Bundestag 2016).

1.4.1 Das Kümmererkonzept resultierend aus dem Sorgenetzwerk

Alle Dienste und Konstrukte die in den Teilprojekten der „Dorfgemeinschaft 2.0“ entstehen, sollen in das Sorgenetzwerk integriert werden, damit die Bürger*innen darauf Zugriff erhalten. Eine

bedarfskonforme Zusammenführung von technologischen Ansätzen mit einem Bezug zu Gesundheit und Pflege, die die Vernetzung, Koordination und Bündelung aller notwendigen digitalen und analogen Dienste für die Daseinsvorsorge umfasst, wurden in TP 1 entwickelt.

Die Kümmerer*innen sind:

- physische Ansprechpartner*innen der „Dorfgemeinschaft 2.0“,
- haben eine Steuerungsfunktion inne und
- koordinieren das digitale und analoge Gesundheitsmanagement.

Die Aufgaben sind:

- Ermittlung von Bedarfen bei der Zielgruppe,
- Vermittlung an Dienstleistungen und
- Koordination der niederschweligen Versorgung durch ehrenamtliche Helfer*innen.

Qualifikation: akademisch qualifizierte Pflegepersonen (Bachelorniveau)

Für die Steuerung einer integrativen pflegerischen Versorgung sind Absolvent*innen des Bachelor Pflege/ Bachelor Pflege dual, welcher gesetzlich verankert ist, aber in den Strukturen der hiesigen Gesundheitsversorgung noch nicht verortet ist, qualifiziert. Aufgrund dessen wird im Konzept des Sorgenetzwerks eine pflegebasierte, kompetente, präventiv ausgerichtete und kommunale Sorgeverantwortung durch einen Bachelor Pflegefachfrau/ -mann fokussiert. Um einen kontinuierlichen Zugang zu gesundheitsbezogenen Informationen und Dienstleistungen zu schaffen zeichnen sich integrative und innovative Versorgungskonzepte zudem durch digitale Softwarelösungen aus. Ein auch digital von den Nutzenden ausgehendes erweitertes Konzept wird Auswirkungen auf das (Wieder-)Erlangen der Selbstbestimmung der älteren Bürger*innen haben. Schlussendlich soll der Forderung des 7. Altenberichtes nach einer ganzheitlichen und bedarfsgerechten sozial-räumlichen Gestaltung (BMFSFJ 2017) nachgekommen werden. Hierbei wäre die Zukunftsvision der Kümmerer*innen auf kommunaler Ebene wie folgt verankert:

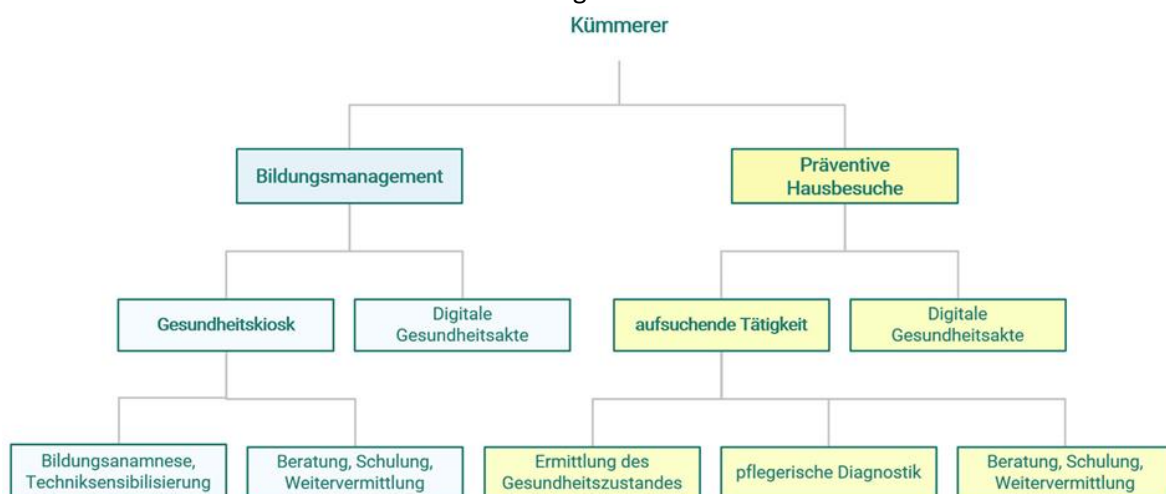


Abbildung 4: Die Kümmerer*innen auf kommunaler Ebene

Mittels innovativer pflegerischer Versorgung in den Bereichen Prävention und Bildung wird auf die individuellen Lebensbedürfnisse der Bürger*innen im ländlichen Raum eingegangen. Die Verzahnungen zwischen Mensch, Technik und Pflege mündet in Geschäftsmodellen für die akademisch qualifizierte Pflegefachkraft. So werden neue Versorgungsfelder für die Pflege definiert und Perspektiven und Herausforderungen der Digitalisierung geschärft. Pflege wird zukünftig als Manager in der sozialräumlichen Gestaltung und Organisation vermehrt gefordert sein und kann eine neue Rolle in der Daseinsvorsorge übernehmen. Eine frühzeitige Auseinandersetzung mit Prävention und die Sensibilisierung und Heranführung an Technik sind für eine bedürfnis- und bedarfsgerechte Versorgung sowie eine stärkere Ausrichtung auf komplexe Gesundheitsprobleme im Alter erforderlich.

Ausblick

Die Finanzierung ist derzeit ungeklärt. Hier müssten die Kommunen den Bedarf für sich realisieren und eine Teilfinanzierung im Sinne der Daseinsvorsorge mittragen. Eine stärkere Ausrichtung auf komplexe

Gesundheitsprobleme im Alter geht mit einer frühzeitigen Auseinandersetzung mit dem eigenen Gesundheitsstatus und der Sensibilisierung für Technik beispielsweise für eine Informationsbeschaffung einher und ist für eine bedürfnis- und bedarfsgerechte Versorgung notwendig. Die präventive Ausrichtung von Pflege setzt genau an der Zielgruppe an, um den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit, Erhaltung des funktionalen Status und der definierten Lebensqualität bzw. die gewollte Mitverantwortungsübernahme durch Ehrenämter, unabhängig von der persönlichen Gesundheitsbilanz, zu ermöglichen.

1.4.2 Kümmerer*in auf Ebene der Samtgemeinde am Beispiel der Präventiven Hausbesuche (Blotenberg & Seeling 2021)

Im ländlichen Raum sind konkrete Handlungsbedarfe innerhalb der regionalen Versorgungsstrukturen identifizierbar. Die bedarfsgerechte Versorgungsstruktur für die Menschen im ländlichen Raum ist durch die analoge und digitale Verknüpfung innerhalb des Präventiven Gesundheitsmanagements (s. Abb.) bestmöglich erreichbar. Durch die enge Unterstützung der Seniorinnen und Senioren sowie ihrer Angehörigen durch die Profession Pflege, hier der akademisch qualifizierten Pflegefachkraft, wird eine neue Versorgungskultur geschaffen. Sie führt zu einer Entlastung bei allen Professionen im Gesundheitswesen und den Nutzerinnen und Nutzer der Präventiven Hausbesuche. Die Abbildung verbindet die Ist- und Zukunftsvision. Im Mittelpunkt steht die akademisch qualifizierte Pflegefachkraft, die eine Kümmererfunktion zwischen der Samtgemeinde und Pflegewissenschaft innehat. Durch den Präventiven Hausbesuch (PHB), werden bei den Senior*innen individuelle und interessen geleitete Unterstützungsbedarfe identifiziert, die meist den Betroffenen zuvor nicht bewusst waren. Darauf aufbauend werden in der interdisziplinären Fallbesprechung im Kontext der regionalen Angebote eine oder mehrere Lösungsmöglichkeiten aufgezeigt. Somit beginnt der Aufbau eines persönlichen Netzwerkes, welches den Unterstützungsbedarf der Betroffenen mithilfe der vorhandenen Ressourcen (Angebote des Mehrgenerationenhauses, des Senioren- und Pflegestützpunktes, des Dorfladens, der Seniorenbeiräte etc.) zeitnah deckt.

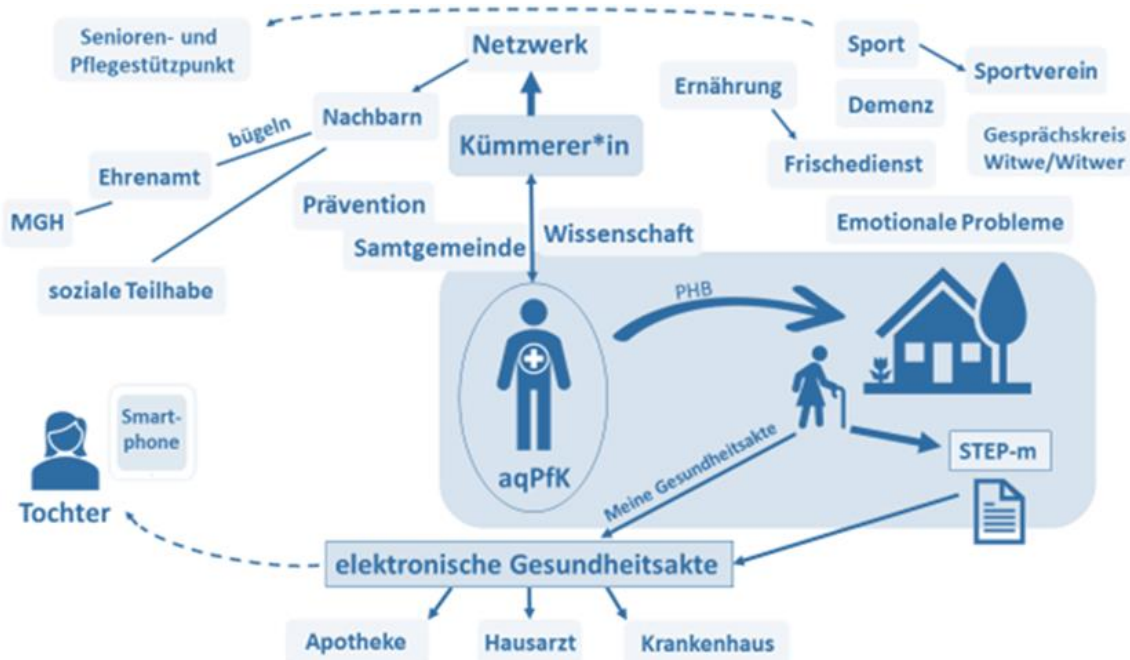


Abbildung 5: Das präventive Gesundheitsmanagement

Innerhalb der Präventiven Hausbesuche werden unter anderem folgende Problembereiche abgedeckt: Soziale Isolation, Sport/ Bewegung, Sturzprophylaxe, Ernährung, Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht, emotionale Probleme, weiterführende Hilfsangebote wie Seniorenbegleiter, Gesprächskreis Witwe und Witwer, Angehörige von Menschen mit einer demenziellen Veränderung.

Durch die akademisch qualifizierte Pflegefachkraft werden zu diesen Problemen individualisierte Versorgungsangebote für die Seniorinnen und Senioren ermittelt und vernetzende Kontakte bereitgestellt. Falls keine oder unzureichende Angebote in der Samtgemeinde vorhanden sind, können diese gesundheitsbezogenen Versorgungslücken hier im Speziellen im ländlichen Bereich identifiziert und zu deren Schließung beitragen werden. So konnten auch weitere Angebote in der Samtgemeinde in Zusammenarbeit mit dem Senioren- und Pflegestützpunkt initiiert werden; bspw. ein Demenzparcours, durch den Angehörige erfahren, welchen Herausforderungen Menschen, die an Demenz erkrankt sind, begegnen. Anhand der Präventiven Hausbesuche können zudem ehrenamtliche Helfer identifiziert werden. Das Präventive Gesundheitsmanagement in der Kommune würde demnach real und virtuell als deren Aufgabenfeld im Sinne einer „Prevention Nurse“ (Ein noch zu definierendes Tätigkeitsfeld der Pflege) ausgeführt, da sie die ersten Ansprechpartner zu den Themenbereichen Gesundheit & Krankheit sind.

1.4.3 Kümmerer*in auf Ebene der Samtgemeinde am Beispiel der Digital Nurse

(Hauptshofer & Seeling 2021)

Um die Möglichkeiten und Auswirkungen der „Digital Nurse“ zu veranschaulichen, zeigt die folgende fiktive Fallstudie, wie die Bürger*innen von dem Konzept profitieren können. Anhand einer Persona, welche mit ihren Eigenschaften, Wünschen und Bedarfen eine spezifische Personengruppe auf dem Land abbildet, wird die Notwendigkeit deutlich warum die Technikaneignung gerade für ältere Menschen im ländlichen Raum so elementar wichtig ist.

Frau Emma Meyer ist 72 Jahre alt, Rentnerin und pflegende Angehörige. Sie lebt in einem Einfamilienhaus zusammen mit ihrem Mann (Pflegegrad I) in der Projektregion. Wöchentlich kommt ein ambulanter Pflegedienst und unterstützt Herrn Meyer bei der Körperpflege. Die nächsten Einkaufsmöglichkeiten liegen in 5 km Entfernung. Frau Meyer hat keinen Führerschein, fährt jedoch kurze Strecken gerne mit dem Fahrrad. Sie pflegt einen guten Kontakt zu ihren direkten Nachbarn, fühlt sich jedoch gerade bei schlechten Wetterbedingungen, wenn ihr das Fahrradfahren zu anstrengend wird, teilweise sehr einsam. Die Einkäufe tätigt sie meist eigenständig, was sie viel Kraft kostet, aber sie möchte die Unterstützung der Nachbarn nicht überstrapazieren. Sie wünscht sich mehr sozialen Austausch und macht sich Sorgen, wie sie zukünftig ihren Alltag körperlich bewältigen soll. Von einer Nachbarin erfährt sie, dass diese sich im Gesundheitskiosk am Marktplatz eine digitale Gesundheitsakte hat einrichten lassen und ein bereicherndes Gespräch mit einer Pflegefachperson geführt hat. Frau Meyer beschließt aus Neugier, nach ihrem Wocheneinkauf, beim Gesundheitskiosk vorbeizugehen. Vor Ort staunt sie über die Sammlung an ausgehängten Veranstaltungs- und Bildungsangeboten der Region, auch den Raum mit den technischen Geräten findet sie sehr interessant. Als sie unschlüssig davorsteht, wird sie von der Pflegefachperson angesprochen. Frau Meyer erfährt, dass sie vor Ort die Möglichkeit hat assistive Technologien, bspw. ein Blutdruckmessgerät als Smartwatch, oder einen Fitness Tracker kennenzulernen und auszuprobieren. Im Gespräch erzählt Frau Meyer ein wenig über ihre Lebenssituation und sie vereinbaren einen Termin für ein Beratungsgespräch. Ein paar Tage später führt die Pflegefachperson mit Frau Meyer das Gespräch, erhebt eine gesundheits- und technikbezogene Bildungsanamnese und misst mittels eines Assessmentinstruments ihre Gesundheitskompetenz. Das Gespräch wird dokumentiert und Frau Meyer die Ergebnisse erläutert. Im Anschluss schlägt die Pflegefachperson Frau Meyer bedarfsorientiert ein paar Unterstützungsmöglichkeiten vor. So wäre es beispielsweise entlastend, ab und zu eine digitale Einkaufsapp und den online Lieferservice des Dorfladens zu nutzen. In einer Schulung im Gesundheitskiosk könnten sie das gemeinsam online üben. Ein weiterer Vorschlag wäre, um Frau Meyer in ihrer Mobilität zu unterstützen, dass sie an einer E-Bike Schulung des ansässigen Seniorenbeirats teilnimmt, um zu testen, ob sie mit einem E-Bike zurechtkommen würde. Zudem legen sie gemeinsam fest, dass für das Ehepaar das Anlegen einer digitalen Gesundheitsakte, in der auch eine Vorsorgevollmacht hinterlegt wird, zukünftig sinnvoll sein könnte. Frau Meyer fühlt sich nach dem Besuch selbstwirksamer und ist beruhigt zu wissen, wo sie Unterstützung erhält.

1.5 Das (digitale) Versorgungsnetz

(Blotenberg, Hauptshofer, Ickerott, Kortekamp, Seeling & Süßmuth 2021: im Druck)

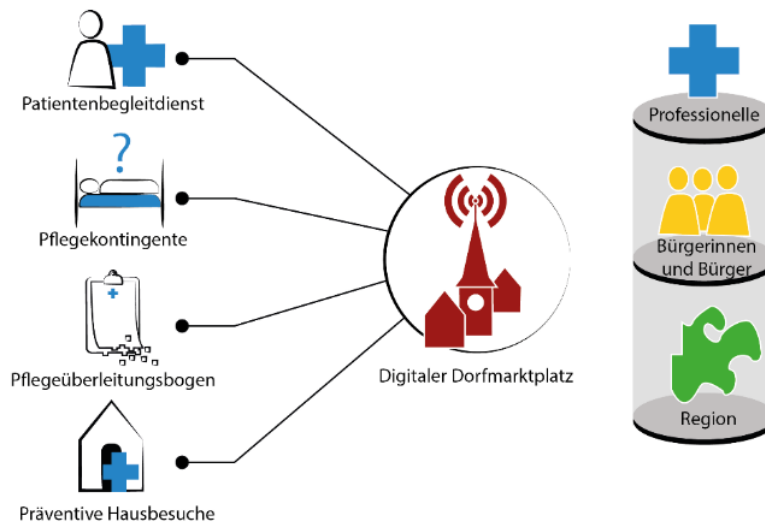


Abbildung 6: Das digitale Versorgungsnetz

Durch das Zusammenwirken der Versorgungskonzepte bildet sich ein, in die Region integriertes, Versorgungsnetz ab. Die Abbildung stellt das Zusammenwirken des Versorgungsnetzes auf dem virtuellen Dorfmarktplatz (vDM) dar. Links befinden sich die verschiedenen Versorgungskonzepte, die im Forschungsprojekt entwickelt wurden. Rechts sind die verschiedenen Gruppen der Nutzenden, die von den Angeboten profitieren können, als Ebenen dargestellt: Akteur*innen im Gesundheitswesen, Bürger*innen und die regionalen Anbieter*innen.

1.5.1 Anbindung der Konzepte an den vDM

(Blotenberg, Hauptshofer & Seeling 2021)

Ziel des vDMs ist, das analoge Zusammenspiel von gesundheits- und alltagsbezogenen Versorgungskonzepten mithilfe einer digitalen Unterstützung als Lösung für eine optimale Gesundheitsversorgung auf regionaler Ebene zu ermöglichen, was auch im 7. Altenbericht (Deutscher Bundestag 2016) empfohlen wird. Es bedarf veränderter Versorgungs- und Partizipationsstrukturen für die älteren Bürger*innen, besonders in ländlichen und strukturschwachen Regionen.

Der Lebensraum **Gesundheit & Pflege** wird durch das regionale Gesundheits-Widget „Gesundheits- und Pflegeinformationen“ dargestellt, welches eigens für den virtuellen Dorfmarktplatz gestaltet wurde. Das Gesundheits-Widget enthält gebündeltes Wissen in 6 Rubriken: Gesund bleiben mit Wissen, Selbsthilfe, Menschen mit Pflegebedarf & Pflegende Angehörige, Übersicht der Gesundheitseinrichtungen, Ehrenamt und Techniknutzung. Die Idee hinter dem Widget „Gesundheits- und Pflegeinformationen“ beruht auf alltagsbezogenen Gesundheitsfragen: Zum einen sollen Bürger*innen den Zugang zu Informationen vereinfacht erhalten, zum anderen sollen die Informationen übersichtlich und verständlich das Übertragen in die eigene Lebenswelt ermöglichen. Bereits bestehende direkte Hilfen vor Ort können Sie so durch den regionalen Bezug vereinfacht finden und nutzen.



Abbildung 7: Das Gesundheits-Widget

Die Rubriken im Überblick:

Gesund zu bleiben ist wichtig, um so lange wie möglich im eigenen Zuhause wohnen bleiben zu können. Hier hilft es die bestehenden regionalen Angebote zu kennen. Hierfür ist es wichtig sich frühzeitig, also im Gesunden, mit Aspekten

der Vorsorge zu beschäftigen, um eine förderliche Wahrnehmung von und Haltung zu Prävention zu erlangen. Die Notfallmappe des Landkreises Grafschaft Bentheim inkludiert eine Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung, um eine selbstbestimmte Lebensführung im Alter zu ermöglichen. Zudem gibt es unterschiedliche Angebote von Mehrgenerationenhäusern, die das Bestreiten des Alltags erleichtern können.

Selbsthilfe ist ein wichtiger Aspekt der Lebenszufriedenheit und gewinnt immer mehr an Bedeutung. Das Sprechen über die eigene Erkrankung sowie der Austausch mit Gleichbetroffenen kann helfen Lebenskrisen zu meistern. Hier finden die Bürger*innen alle wichtigen Ansprechpartner*innen der Gesundheitsförderung und Selbsthilfe.

Als **Mensch mit Pflegebedarf** oder **als pflegende Angehörige** haben die Bürger*innen Anspruch auf Entlastungsangebote und finanzielle Leistungen. Angehörige zu Hause zu pflegen, ist in jedem Fall eine große Herausforderung und ein Spagat zwischen dem Wunsch, helfen zu wollen, und der Sorge um die Bewältigung des eigenen Lebensalltags. Oftmals gibt es zu wenige Informationen über die Pflegetätigkeit, über Entlastungsangebote und Zuschüsse. In dieser Rubrik finden die Bürger*innen informative Beratungsangebote und Internetseiten, haben Zugriff auf die Zeitschrift pflegende Angehörige, erhalten einen Zugang zu den Online-Pflegekursen und können sich über die gesundheitliche Versorgungsplanung Behandlung im Voraus planen informieren.

Eine **Übersicht über die regionalen Gesundheitseinrichtungen** kann hilfreich sein, um ohne lange zu suchen bei Bedarf schnell handeln zu können. Hier wird auf einer Karte ein visueller Überblick der Gesundheitseinrichtungen vor Ort gegeben. Zusätzlich gibt es einen Sozial- und Gesundheitsnavigator, der zu unterschiedlichen Themenschwerpunkten informiert.

Das **ehrenamtliche Engagement**, insbesondere im ländlichen Raum, gewinnt immer mehr an Bedeutung. Möchten die Bürger*innen sich ehrenamtlich einbringen, haben Sie in dieser Rubrik die Möglichkeit zur regionalen Vernetzung.

Chancen und Risiken der Technikenutzung im Internet. Nutzer*innen sind im Netz oftmals sich selbst überlassen, dies wird besonders schwierig, wenn gesundheitsbezogene Informationen gesucht werden. Aufgrund dessen haben wir Ihnen eine Übersicht an Bildungsangeboten, Veranstaltungen und Broschüren speziell für ältere Menschen zusammengestellt. Hier finden die Bürger*innen eine Reihe an Weblinks zu themenbezogenen Organisationen wie der BAGSO- die Lobby der Älteren und der Servicestelle „Digitalisierung und Bildung für ältere Menschen“.

Praktisch bedeutet diese Zusammenschau für die Bürger*innen, dass sie den virtuellen Dorfmarktplatz unter www.dorfgemeinschaft20.de/vdm/ besuchen können und dort zahlreiche Informationen und praktische Hilfen in Bezug auf die Themen Gesundheit & Pflege und insbesondere Einblicke über Aspekte der „Digitalisierten Pflege“ vorfinden.

1.6 Die Post-Studie 50+

(Die Publikation befindet sich im Prozess)

Die 50+ Befragung aus dem Jahr 2014/2015 wurde modifiziert und 2020 reproduziert, um einen Prä-Post-Vergleich zu generieren und Aspekte der Verstetigung/ Nachhaltigkeit zu identifizieren. Im Rahmen der Post-Studie 50+ konnten zudem Forschungsfragen im Kontext der Akzeptanzanalyse zur Technikenutzung abgebildet werden. Die Zufallsstichprobe lag erneut bei 10.000 Bürger*innen des Landkreises Grafschaft Bentheim. Die Post-Studie wurde im Jahr 2020/2021 in Kooperation des Landkreises Grafschaft Bentheim, dem Gesundheitsregion EUREGIO e.V., der Lebenshilfe Nordhorn und der Hochschule Osnabrück, Campus Lingen, durchgeführt. Die Verantwortung für die Datenanalyse liegt bei der Hochschule Osnabrück.

Teil-Ergebnis: Insgesamt wurden 3.490 Fragebögen zurückgesandt, inkl. 225 Onlinefragebögen. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 34,9 %. Bisher konnten 1.979 Fragebögen ausgewertet werden (Stand 10. März 2021). Auf den ersten Blick zeigen sich folgende Tendenzen:

Der Großteil (68 %) der Befragten wohnt in einem Haus, das ihr Eigentum darstellt. Mehr als ein Drittel (37 %) besitzt keine seniorengerechte Wohnung, da diese über mehrere Etagen verfügt. 16 % wohnen

seniorengerecht, weil die Wohnräume ebenerdig sind, und 10 % verfügen über ein altersgerechtes Bad. 38 % der Befragten planen keinen seniorengerechten Umbau. Ein Großteil (44 %) möchte auch weiterhin zu Hause wohnen bleiben, äquivalent zu den Ergebnissen der ersten Befragung. 13 % würden ihre Wohnsituation verändern, wenn die Wohnung nicht mehr passt. Über die Hälfte (52 %) der Befragten möchte Dienstleistungen von Berufsgruppen des Gesundheitswesens wie von Ärzten, Pflegefachkräften, Physiotherapeuten in Form eines Hausbesuchs in Anspruch nehmen. 8 % kann sich vorstellen dies in Form einer Videosprechstunde durchzuführen. Ebenfalls über die Hälfte der Befragten (52 %) würde sich im Sinne der kommunalen Sorgestruktur mit einem Gesundheitsproblem direkt an eine Pflegefachkraft mit Hochschulabschluss wenden und sich von dieser medizinisch-pflegerisch versorgen lassen. Fast ein Drittel (32 %) würde vielleicht und 6 % würde dieses Angebot nicht in Anspruch nehmen. Wenn die täglichen Arbeiten im Haushalt nicht mehr eigenständig oder durch die Mitglieder im Haushalt verrichtet werden könnten, würde die Mehrheit (68 %) der Befragten einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch nehmen; lediglich 1% (25 von 1.979 Personen) möchte dies nicht tun. Des Weiteren können sich viele der Befragten (72 %) vorstellen Dienstleistungen wie Essen auf Rädern oder Haushaltshilfen hinzuzukaufen. Ein Großteil (55 %) würde auch das Angebot einer Tages- oder Kurzzeitpflege in Anspruch nehmen. Bisher nutzen 40 % der Befragten keine die Versorgung erleichternden Dienstleistungen wie Apotheken-Lieferdienste, Einkaufsservice oder ähnliches. Viele können sich aber vorstellen in Zukunft vor allem einen Apotheken-Lieferdienst (57 %), Hausbesuche von Ärzten (51 %) oder Pflegeangebote (50 %) zu nutzen. Den meisten der Befragten (71 %) ist der virtuellen Dorfmarktplatz vor der Befragung noch nicht bekannt, 68 Personen (3 %) gaben an ihn zu kennen. Von diesen würden ihn 27 Personen weiterempfehlen, 23 würden dies vielleicht tun und 3 würden dies nicht tun. Bezogen auf die Techniknutzung verfügen 75 % der Befragten über einen Internetanschluss. 3 % gaben an keinen Internetanschluss zu besitzen, weil kein Bedarf besteht. Der Anreiz technische Geräte zu nutzen besteht für 67 % der Befragten z. B. darin durch Nachrichten auf dem Laufenden zu bleiben oder für 55 % sich die Kommunikation mit anderen Menschen zu erleichtern. 58 % betreiben darüber hinaus Onlineshopping. Hierzu passend stimmten 60 % der Aussage zu, dass elektronische Geräte helfen an Informationen zu gelangen. Außerdem widersprechen 48 % der Aussage, dass elektronische Geräte vieles umständlicher machen. Knapp die Hälfte (46 %) empfinden sie vielmehr als Erleichterung für den Alltag. Auch dies entspricht den Ergebnissen der ersten Befragung.

2. Der voraussichtliche Nutzen, insbesondere die Verwertbarkeit des Ergebnisses und der Erfahrungen

2.1 Der Prä-Post-Vergleich der Wünsche und Bedarfe der Zielgruppe

Die Durchführung der Post-Studie 50+ ermöglicht einen Prä-Post-Vergleich der Wünsche und Bedarfe der Bürger*innen des Landkreises Grafschaft Bentheim. Die Ergebnisse dieser repräsentativen Befragung und des Prä-Post-Vergleichs können als Datenbasis und somit als Grundlage für weitere Forschungsanträge dienen.

2.2 Das Versorgungskonzept der Präventiven Hausbesuche

Das Kooperationsprojekt „DaHeim – in Emlichheim“ wirkte sich auf unterschiedlichen Ebenen aus: die Studienteilnehmer*innen (Mikroebene), die akademisch qualifizierte Pflegefachkraft (Mesoebene) und die Projektverantwortlichen sowie die Samtgemeinde (Makroebene).

Die Mikroebene

Für die Teilnehmer*innen, die wenig soziale Kontakte haben, ist es sehr schwierig soziale Teilhabe zu erleben. Das gesellschaftliche Miteinander, welches eine sehr große Bedeutung hat, ist nicht erreichbar - entweder sind die Wege zu weit oder auch die Kulturunterschiede zwischen Deutschland

und den Niederlanden zu groß. Hier wäre es wichtig bedarfsgerechte Angebote zu schaffen, um das gesellschaftliche Miteinander weiter zu fördern.

Es bedarf einer Konzeptanpassung, um das Angebot der Präventiven Hausbesuche auch Ehepaaren oder Lebenspartnerschaften gemeinsam anbieten zu können. Identifizierte Versorgungslücken wie die fehlende Ärzteversorgung vor Ort, das Fehlen von Pflegefachkräften und die somit überwiegende Unterstützung durch die Familie (oftmals berufstätig, zeitlich stark eingeschränkt etc.), die teilweise fehlende Mobilität (öffentliche Verkehrsmittel und die Abhängigkeit von Anderen), kaum bedürfnisorientierte Betreuungsangebote oder auch alternative Wohnformen, sind wichtig geschlossen zu werden. Hierzu bedarf es jedoch weitaus mehr als das Konzept der Präventiven Hausbesuche. Diese konnten im ersten Schritt eine veränderte, förderliche Wahrnehmung von und Haltung zu Prävention erreichen. Für die Verstetigung im ländlichen Raum erachten die Teilnehmer*innen es als sinnvoll, das Angebot individuell, nicht am Alter fixiert, und auf freiwilliger Basis anzubieten.

Die Ergebnisse zeigen, dass insbesondere im ländlichen Raum Präventive Hausbesuche eine wichtige Ergänzung in der Gesundheitsversorgung älterer Menschen darstellen und sie zeigen den hohen Bedarf einer Ansprechpartnerin vor Ort. Der Großteil der Studienteilnehmer*innen lebt im Eigenheim und um dort wohnen bleiben zu können werden externe Unterstützungsangebote benötigt, von denen viele nicht bekannt sind. Die älteren Menschen wollen keinem „zur Last fallen“, daher wurde das Angebot mit aktiven Anrufen von extern und Besuchen im eigenen zu Hause als vorteilhaft empfunden. Ein stabiles soziales Umfeld ist elementar, um bei akutem Bedarf Unterstützung zu erhalten, aber bei mehrmaligen Anliegen ist eine alternative Anlaufstelle erwünscht.

Die Mesoebene

Während des Beratungsverlaufs wurden die Beratungsinhalte mit Flyern und Ansprechpartnern aus dem regionalen Versorgungsnetzwerk ergänzt. Hierdurch ermöglichte die akademisch qualifizierte Pflegefachkraft den Studienteilnehmer*innen die Informationen auch außerhalb der Beratungssituation jederzeit nachzulesen oder professionelle Hilfe innerhalb des Netzwerkes in Anspruch zu nehmen. Um allerdings eine kontinuierliche Begleitung der Teilnehmer*innen durch die Pflegefachkraft zu ermöglichen, wäre eine technische Lösung, bspw. eine App, zielführend. Die hohe Relevanz solch einer Lösung zeigt ebenfalls der Einfluss der Corona-Pandemie, die einer sozialen Isolation gleicht.

Mithilfe der Anwendung des digitalisierten STEP-m Assessments konnte eine angenehme Beratungssituation gestaltet und zusätzlich Professionalität gewahrt werden. Die beschreibbare PDF-Datei des STEP-m Assessments, die bei fehlender Internetverfügbarkeit verwendet wurde, führte jedoch zu zusätzlichem Aufwand für die akademisch qualifizierte Pflegefachkraft, die die Daten im Nachgang auf die Onlineplattform übertragen musste. Hier wäre zukünftig eine digitale Lösung wie eine automatische Übertragung der Daten oder die Möglichkeit des Einscannens wünschenswert.

Die Projektzusammenarbeit schaffte für das Team des Mehrgenerationenhauses Anreize bedarfsorientierte Kursangebote in die Wege zu leiten, angepasst an die Bedürfnisse der Senior*innen vor Ort. Des Weiteren hat die hervorragende Kooperation mit dem Pflegestützpunkt des Landkreises Grafschaft Bentheim die regionale Vernetzung des Praxispartners, der Senfkorn Mehrgenerationenhaus Emlichheim gGmbH, vorangetrieben.

Die hohe Relevanz dieses innovativen Konzeptes für die Sensibilisierung der Bürger*innen im Hinblick auf Gesundheitsförderung und -erhaltung durch die professionelle Beratung der akademisch qualifizierten Pflegefachkraft muss dringend von der Politik erkannt und berücksichtigt werden.

Die Makroebene

Während der Projektlaufzeit wurde vonseiten der Politik großes Interesse an den Inhalten und Themen, die auf die Herausforderungen im Alter aufmerksam machen, geäußert. Durch die Zusammenarbeit mit der Samtgemeinde Emlichheim und den umliegenden kleinen Gemeinden konnten Synergie-Effekte geschaffen werden, die das Ergebnis des Projektes positiv beeinflussten, was sich auch zukünftig auf die Gemeinwesenarbeit auswirkt.

Wichtig ist, dass nicht nur die Politik Ideen äußert, sondern auch die Kommunen den Bedarf an Präventiven Hausbesuchen erkennen und sich in der Verantwortung sehen. Dies könnte über ein kommunales Angebot, z.B. ab 65 Jahren, bei „fitten“ Personen auf Dauer ggf. nur einmal pro Jahr gelingen. Zu beachten ist die Implementierung anhand eines Konzepts, das alle bereits in der Literatur beschriebenen Empfehlungen berücksichtigt und eine klare sowie einheitliche Beschreibung des Versorgungskonzepts der Präventiven Hausbesuche formuliert und genutzt wird. Derzeit würde allerdings nur durch die Kommune oder den Landkreis als Kostenträger ein nachhaltiges Geschäftsmodell für die Zukunft bestehen. Hier wäre die Initiierung bspw. in Form eines „Präventiven ambulanten Dienstes“ sinnvoll. Zukünftig ist das Angebot jedoch als Bestandteil der Regelfinanzierung medizinischer und/ oder pflegerischer Kostenträger zu sehen. Wir empfehlen den Einzug des Angebots in die regelgeleitete Gesundheitsversorgung aller Bürger*innen in das Sozialgesetzbuch. Nur dann wäre eine flächendeckende Implementierung Präventiver Hausbesuche in Deutschland möglich.

2.3 Ergebnisgewinnung für die Hochschullehre

Innerhalb der Projektlaufzeit wurde das Projekt „Dorfgemeinschaft 2.0“, inklusive die Forschungsprojekt „Präventive Hausbesuche“ und „Digital Nurse“ sowie der Showroom des Praxispartners ENO telecom GmbH, den Studierenden des Bachelorstudiengangs Pflege dual (B.Sc.) vorgestellt. Hieraus konnten wichtige Erkenntnisse die zukünftige Lehrplanung betreffend ermittelt werden. Diese flossen beispielweise in die Entwicklung des Zertifikationsprogramms „Changemanagement in Gesundheitseinrichtungen – Technologie in der Pflege“, welches aus drei Teilmodulen besteht, ein. Das Programm steht den Studierenden seit 12/2020 zur Verfügung. Des Weiteren konnten die gewonnenen Erkenntnisse über technisches Equipment in der Pflege dazu dienen den neuen Laborbereich für die Fachrichtung Pflege zu planen und auszustatten.

Aufgrund der Corona-Pandemie wurde für die Onlinelehre ein Video des virtuellen Rundgangs im Showroom in Kooperation mit dem Praxispartner, der ENO telecom GmbH, erstellt.

3. Während der Durchführung des Vorhabens dem Zuwendungsempfänger bekannt gewordenen Fortschritts auf diesem Gebiet bei anderen Stellen

3.1 Das Versorgungskonzept der Präventiven Hausbesuche

Im Jahr 2020 wurde das Modellprojekt „Präventive Hausbesuche“ in drei Modellkommunen vom Land Niedersachsen initiiert. Die Umsetzung erfolgt durch das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung. Dies ist als äußerst positive Entwicklung für die zukünftige, präventiv ausgerichtete Gesundheitsversorgung älterer Menschen zu bewerten. Weitere Informationen diesbezüglich sind auf der folgenden Homepage zu finden:

https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/jugend_familie/senioren_generationen/praventive_hausbesuche/land-initiiert-projekt-der-praventiven-hausbesuche-fur-seniorinnen-und-senioren-186074.html

4. Erfolgte und geplante Veröffentlichungen des Ergebnisses

4.1 Ausstehende Publikationen (im Veröffentlichungsprozess)

- Blotenberg, B., & Seeling, S. (2021). Das Zusammenspiel von gesundheits- und alltagsbezogenen Lösungsansätzen – die Chancen eines virtuellen Dorfmarktplatzes für eine optimale Gesundheitsversorgung. In: A. Mahr & M. Sailer (Hrsg.). Herausforderung Active Assisted Living. Szenarien und Lösungsansätze für ein selbstbestimmtes Leben. Heidelberg: Springer.
- Blotenberg, B., Hauptelshofer, A., Ickerott, I., Kortekamp, S., Seeling, S., & Süßmuth, M-C. (2021). Nutzerzentrierte Informations- und Kommunikationstechnologien als Chance für die Gesundheitsversorgung im ländlichen Raum – gewonnene Erkenntnisse. Pflegewissenschaft, 04/2021. doi: 10.3936/1882

4.2 Publikationen

- Blotenberg, B., & Seeling, S. (2021). Durch Präventive Hausbesuche länger Zuhause wohnen bleiben. In B. Reime & C. Weidmann (Hrsg.), Gesundheitsförderung und Versorgung im ländlichen Raum (S. 94-108). Bern: Hogrefe.
- Blotenberg, B., Hauptelshofer, A. & Seeling, S. (2021). Das regionalspezifische „Gesundheits- und Pflegeinformationen“ Widget – eine digitale Innovation für den ländlichen Raum. Poster vorgestellt auf der 3. Clusterkonferenz „Zukunft der Pflege“. Konferenzband Pflege Professionell, 80-84.
- Hauptelshofer, A., & Seeling, S. (2021). Gesundheitskompetenz stärken – durch digitales, vernetzendes Bildungsmanagement, die „Digital Nurse“. In B. Reime, & C., Weidmann (Hrsg.), Gesundheitsförderung und gesundheitsbezogene Versorgung im ländlichen Raum (S. 81-93). Bern: Hogrefe.
- Blotenberg, B., Breukelman, M., Meding, D., Naber, M., Paul, A., & Seeling, S. (2020). Abschlussbericht des Projektes „DaHeim – in Emlichheim“. Ein Gemeinschaftsprojekt der Senfkorn Mehrgenerationen Emlichheim gGmbH und der Hochschule Osnabrück, Campus Lingen, Niedersachsen, Deutschland.
- Hauptelshofer, A., Egerer, V., & Seeling, S. (2020). Promoting health literacy: What potential does Nursing Informatics offer to support older adults in the use of technology? A scoping review. Health Informatics Journal, 26(4), 2707-2721. doi: 10.1177/1460458220933417
- Blotenberg, B., Hejna, U., Büscher, A., & Seeling, S. (2020). Präventive Hausbesuche – ein Konzept für die Zukunft? Ein Scoping Review über das innovative Versorgungsmodell Präventiver Hausbesuche. Prävention und Gesundheitsförderung. doi: 10.1007/s11553-019-00753-0
- Hauptelshofer, A., & Meier, P. (2020). Promoting eHealth literacy-Integration of a health monitoring application and the support of a Digital Nurse. In J. Haltaufderheide, J. Hovemann, & J. Vollmann (Hrsg.), Aging between Participation and Simulation Ethical Dimensions of Socially Assistive Technologies in Elderly Care (pp. 71-86). Chapter 5. De Gruyter Verlag.
- Blotenberg, B., Seeling, S., & Büscher, A. (2019). „DaHeim – in Emlichheim“ - Ein Kooperationsprojekt zwischen Wissenschaft und Praxis zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit durch die Implementierung Präventiver Hausbesuche. Vortrag gehalten auf der Internationalen Fachtagung für Gesundheitsfachberufe. Konferenzband Applied Health Sciences - Wie Wissenschaft und Praxis voneinander profitieren, 34-35.
- Blotenberg, B., Seeling, S., & Büscher, A. (2019). Preventive home visits – A new solution for the health care system to enable older people to stay at home as long as possible. Paper presented at the 18th European Doctoral Conference in Nursing Science - EDCNS. HeilberufeScience, 2. doi: 10.1007/s16024-019-00331-6
- Hauptelshofer, A., Blotenberg, B., Seeling, S., & Stutz, D. (2019). Mensch, Land, Pflege - wie gestaltet sich die Zukunft? Neue Erkenntnisse der Bedarfe älterer Menschen im ländlichen Raum im Hinblick auf Gesundheit, Prävention, Technik und Bildung. Pflegewissenschaft, 21(9/10), 420-434. doi: 10.3936/1697
- Blotenberg, B., Egerer, V., & Seeling, S. (2019). Abschlussbericht der Sekundärdaten der 50+ Befragung der Bürgerinnen und Bürger des Landkreises Grafschaft Bentheim, Niedersachsen, auf die Samtgemeinde Emlichheim bezogen. Hochschule Osnabrück, Campus Lingen, Deutschland.
- Hauptelshofer, A., König, P., Lindwedel-Reime, U., Remmers, H., Seeling, S., & Wüller, H. (2019). Workshopbericht. Digitale Transformation der Pflege--- Was hält die Pflege für die Technik bereit? – Pflegewissenschaftliche Positionen. Pflege & Gesellschaft, 24(1), 95-96.
- Blotenberg, B.; Seeling, S., & Büscher, A. (2018). Dank Präventiver Hausbesuche so lange wie möglich im Zuhause wohnen bleiben können. Ein Forschungsdesign zur Akzeptanzanalyse Präventiver Hausbesuche. Pflegewissenschaft, 20, 472-479. doi: 10.3936/1624

- Blotenberg, B., Seeling, S., & Büscher, A. (2018). Preventive home visits – a chance for elderly to stay at home as long as possible. Paper presented at the 17th European Doctoral Conference in Nursing Science - EDCNS. Conference proceedings, 36.
- Blotenberg, B., Seeling, S., Breukelman, M., Meding, D., & Platje, K. (2017). Zuhause alt werden - wie geht das? Durchführung des Pilotprojekts „DaHeim - in Emlichheim“. In Heimatverein der Grafschaft Bentheim (Hrsg.), Bentheimer Jahrbuch 2018 (S. 231-238). 1. Auflage. Heimatverein der Grafschaft Bentheim e.V., Nordhorn.
- Seeling, S., & Blotenberg, B. (2017). Möglichkeiten und Grenzen der Mensch-Technik-Interaktion. Neue zentrale Erkenntnisse zur Techniknutzung und -affinität älterer Menschen im ländlichen Raum. Pflege & Gesellschaft, 22(3), 248-271. doi: 10.3262/P&G1703248
- Seeling, S. (2016). Abschlussbericht der 50+ Befragung der Bürgerinnen und Bürger des Landkreises Grafschaft Bentheim, Niedersachsen. Hochschule Osnabrück, Campus Lingen, Deutschland.

4.3 Vorträge

- Blotenberg, B. (06.03.2020). Community Health Assessments. Vortrag präsentiert auf der Expertentagung „Community Health Nursing. Assessments als neue Herausforderung“. Witten, Deutschland.
- Blotenberg, B., Seeling, S., & Büscher, A. (08.11.2019). Dank Präventiver Hausbesuche so lange wie möglich im Zuhause wohnen bleiben können. Vortrag präsentiert auf der „Internationalen Fachtagung für Gesundheitsfachberufe“. Bochum, Deutschland.
- Blotenberg, B. (29.10.2019). Das Projekt „Dorfgemeinschaft 2.0“- Ideen der digitalen Pflege. Vortrag präsentiert im Rahmen der Fachwerkstatt „Digitalisierung in der Daseinsvorsorge“. Nienburg, Deutschland.
- Blotenberg, B. (24.10.2019). Dank Präventiver Hausbesuche so lange wie möglich im Zuhause wohnen bleiben können. Vortrag präsentiert auf der „Niedersachsen-Forum Alter und Zukunft 2019 „Chancen von Digitalisierung und Teilhabeförderung“. Leer, Deutschland.
- Blotenberg, B. (17.10.2019). Dank Präventiver Hausbesuche so lange wie möglich im Zuhause wohnen bleiben können. Vortrag präsentiert auf der „14. Niedersächsischen Seniorenkonferenz“. Hannover, Deutschland.
- Blotenberg, B., Seeling, S., & Büscher, A. (20.09.2019). Preventive home visits – a new solution for the health care system to enable older people to stay at home as long as possible. Vortrag präsentiert auf der „18th European Doctoral Conference in Nursing Science“. Graz, Österreich.
- Blotenberg, B., & Kortekamp, S. (02.09.2019). Ausgewählte Anwendungsszenarien der Mensch-Technik-Interaktion anhand eines Fallszenarios der Dorfgemeinschaft 2.0. Vortrag präsentiert im Rahmen des Workshops „Fachliche Praxis unter den Bedingungen von Digitalisierung – Zur Frage digitaler Transformation in Gesundheit, Pflege und Sozialer Arbeit“. Bielefeld, Deutschland.
- Garthaus, M., Hauptelshofer, A., & Koppenburger A. (05.06.2019). „Silicon Valley im Emsland - Erfahrungen aus einem laufenden Projekt“. Vortrag auf der 2. Tagung des DGGG- Fachausschusses Alter und Technik. Siegen, Deutschland.
- Altmeppen, S., Blotenberg, B., Koers, H., Nerlinger, T., & Roosmann, J. (22.02.2019). Dorfgemeinschaft 2.0. Neuigkeiten aus dem Forschungsprojekt. Vortrag auf der Messe „Balance 2020 - 12. Grafschafter Gesundheitsmesse“. Nordhorn, Deutschland.
- Seeling, S., & Blotenberg, B. (21.02.2019). Sport und Bewegung im Alter. Informationen und Tipps für den Alltag. Vortrag im Rahmen der „Seniorenwochen“. Samtgemeinde Spelle, Deutschland.
- Hauptelshofer, A., & Meier, P. (05.02.2019). Promoting eHealth literacy through the integrated use of a health monitoring app and the support of a Digital Nurse. Vortrag auf der International Conference for Young Scholars, Institute for Medical Ethics and History of Medicine. Bochum, Deutschland.
- Hauptelshofer, A. (01.11.18). Alter & Technik? Ideen Aus der digitalen Pflege. Vortrag auf dem Symposium „Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung, Produktion und Technologie und Geschäftsweltentwicklung“ des Rijnland Institut, congres Zorg & Technologie, Lingen, Deutschland.
- Blotenberg, B. (28.06.2018). Vernetzung und Kommunikation – „Dorfgemeinschaft 2.0“. Vortrag auf dem Symposium „Neue Wege braucht das Land“. Siegen, Deutschland.
- Blotenberg, B., Seeling, S., & Büscher, A. (23.06.2018). Preventive home visits - a chance for older people to stay at home as long as possible. Vortrag auf der Konferenz "17th European Doctoral Conference in Nursing Science". Maastricht, Niederlande.
- Blotenberg, B. (15.06.2018). Autonome Lebensführung in der häuslichen Umgebung - Prävention für ältere Menschen im ländlichen Raum. Vortrag im Rahmen der 3. Sitzung des Ethikbeirats des Verbundprojekts „Dorfgemeinschaft 2.0“. Osnabrück, Deutschland.

- Hauptshofer, A., Koppenburger, A., Peters, M., & Wüller, H. (04.05.2018). The new professional role: Nursing Informatics? Bridging the gap: on emergent technologies in nursing relations. Symposium auf dem Kongress "International Conference of the German Society of Nursing Science (DGP)". Berlin, Deutschland.
- Blotenberg, B., Seeling, S., & Büscher, A. (19.04.2018). Dank Präventiver Hausbesuche so lange wie möglich im Zuhause wohnen bleiben können. Vortrag auf dem Kongress „Forschungswelten 2018“. St. Gallen, Schweiz.
- Hauptshofer, A. (19.04.2018). Technik und Alter? Eine Bedarfsanalyse im Teilprojekt "Digitalisierte Pflege". Vortrag auf dem Kongress „Forschungswelten 2018“. St. Gallen, Schweiz.
- Seeling, S. (17.03.2018). Dorfgemeinschaft 2.0 - Ein Sorgenetzwerk der Zukunft. Pflege als Kümmerin für den ländlichen Raum. Vortrag auf dem Kongress „Deutscher Pflgetag 2018“. Berlin, Deutschland
- Blotenberg, B., & Paul, A. (07.03.2018). Vorstellung des Förderprojektes "DaHeim - in Emlichheim". Vortrag auf dem Regionaltreffen der Senioren- und Pflegestützpunkte Regionalgruppe Nord-West. Nordhorn, Deutschland.
- Blotenberg, B. (23.11.2017). Autonome Lebensführung in der häuslichen Umgebung - Prävention älterer Menschen im ländlichen Raum. Vortrag auf dem Zukunftsdialog – „Pflege stärken!“. Heidenheim, Deutschland.
- Seeling, S. (17.11.2017). Gesellschaftliche Verantwortung- elementare Aufgaben einer akademischen Pflegefachkraft. Vortrag auf der Hochschulweiten Lehr-Lernkonferenz 2017. WIR in der Gesellschaft – „Gesellschaftliche Verantwortung“ in Studium und Lehre bringen. Osnabrück, Deutschland.
- Seeling, S. (18.03.2017). Dorfgemeinschaft 2.0 - Eine Vision für den ländlichen Raum. Vortrag auf der Fachtagung „Gesundheit im 21. Jahrhundert“. Regensburg, Deutschland.
- Seeling, S. (27.10.2016). Dorfgemeinschaft 2.0 - Projekt fördert alte Menschen im ländlichen Raum. Vortrag auf der Konferenz Gesundheit und Technologie „eHealth in Interaktionen“. Bochum, Deutschland.
- Seeling, S. (12.10.2016). Vorteile von Technik für Senioren. Vortrag auf dem Senioren Campus der Hochschule Osnabrück, Campus Lingen, Deutschland

4.4 Poster

- Blotenberg, B., Hauptshofer, A., & Seeling, S. (17.09.2020). Das regionalspezifische „Gesundheits- und Pflegeinformationen“ Widget - eine digitale Innovation für den ländlichen Raum. 3. Clusterkonferenz "Zukunft der Pflege". Nürnberg, Deutschland.
- Blotenberg, B., Seeling, S., & Büscher, A. (23.05.2019). „DaHeim – in Emlichheim“. Dank aufsuchender Hausbesuche eigenständig interaktiv mobil. 4. Campus Convention Lingen. Hochschule Osnabrück, Campus Lingen, Deutschland.
- Hauptshofer, A., & Seeling, S. (05.05.2018). „The Digital Nurse“- Social Participation by the use of a digital, linked education management. International Conference of the German Society of Nursing Science (DGP)". Berlin, Deutschland.
- Hauptshofer, A., & Seeling, S. (14.03.2018). „The Digital Nurse“ - Soziale Teilhabe durch digitales, vernetzendes Bildungsmanagement. 3. Campus Convention Lingen. Hochschule Osnabrück, Campus Lingen, Deutschland.
- Blotenberg, B., Seeling, S., & Büscher, A. (14.03.2018). Präventive Hausbesuche - ein innovatives Versorgungskonzept für den ländlichen Raum? 3. Campus Convention Lingen. Hochschule Osnabrück, Campus Lingen, Deutschland.
- Seeling, S., Blotenberg, B., & Hauptshofer, A. (01.06.2017). Dorfgemeinschaft 2.0 - Technik und Pflege? Eine Bedarfsanalyse im Teilprojekt "Digitalisierte Pflege". 2. Campus Convention. Lingen. Hochschule Osnabrück, Campus Lingen, Deutschland.

4.5 Workshops

- Hauptshofer, A., König, P., Lindwedel-Reime, U., Remmers, H., Seeling, S., & Wüller, H. (17.07.2018). Was hält die Pflege für die Technik bereit? - Pflegewissenschaftliche Positionen. Freiburg, Deutschland.
- Blotenberg, B., & Paul, A. (23.05.2018). Gesundheitsberatung nach meinen persönlichen Wünschen am Beispiel der Präventiven Hausbesuche. Workshop auf dem „SeniorenCampus 2018“ der Hochschule Osnabrück, Campus Lingen. Lingen, Deutschland.
- Hauptshofer, A., & Seeling, S. (23.05.2018). Digitalisierte Pflege - Worüber reden wir eigentlich? Workshop auf dem „SeniorenCampus 2018“ der Hochschule Osnabrück, Campus Lingen. Lingen, Deutschland.
- Seeling, S., & Blotenberg, B. (02. und 03.05. 2017). „Dorfgemeinschaft 2.0 - Das Leben von Menschen im ländlichen Raum fördern“. Workshop auf dem Kongress "Forschungswelten 2017 - 8. internationaler wissenschaftlicher Kongress für angewandte Pflege- und Gesundheitsforschung". Trier, Deutschland.

III. Literatur

- BMFSFJ, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2017). Sorge und Mitverantwortung in der Kommune. Erkenntnisse und Empfehlungen des Siebten Altenberichts. Frankfurt.
- Bundesregierung (2021). Patientendaten-Schutz-Gesetz. Digitalisierung im Gesundheitswesen voranbringen. <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/patientendaten-schutz-gesetz-1738402>, abgerufen am 17.02.2021.
- Deutscher Bundestag – 18. Wahlperiode (2016). Siebter Altenbericht. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune - Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften und Stellungnahme der Bundesregierung. Drucksache 18/10210.
- DIP, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (Hrsg.) (2008). Präventive Hausbesuche bei Senioren. Projekt mobil - der Abschlussbericht. Hannover: Schlütersche Verlagsgesellschaft.
- Ewers, M., Hämel, K., & Schaeffer, D. (2015). Versorgungsgestaltung in ländlichen Regionen. Welche Modelle bieten Finnland und Kanada. Informationsdienst Altersfragen 42(1):13-8.
- Frommelt, M., Klie, T., Löcherbach, P., Mennemann, H., Monzer, M., & Wendt, W.-R. (2008). Pflegeberatung, Pflegestützpunkte und das Case Management, die Aufgabe personen- und familienbezogener Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit und ihre Realisierung in der Reform der Pflegeversicherung. Deutsche Gesellschaft für Care and Case Management (Hrsg.). Freiburg: Verlag Forschung – Entwicklung – Lehre.
- Hildner, A., Stutz, D. & Teuteberg, F. (2018). Digitalisierung: Unterstützt rurale Versorgung. Pflegezeitschrift, 71(11), 44–47.
- Jacobsen, J., & Meyer, L. (2017). Praxisbuch Usability und UX. Bonn: Rheinwerk Verlag.
- Junius, U., & Fischer, G. (2002). Geriatisches Assessment für die hausärztliche Praxis. Ergebnisse einer konzertierten Aktion aus sieben europäischen Ländern. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 35, 210–223.
- Mayring, P. (2015). Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken. Weinheim: Beltz.
- Morfeld, M., Kirchberger, I., & Bullinger, M. (2012). SF-12 Fragebogen zum Gesundheitszustand. Selbstbeurteilungsbogen, Zeitfenster 4 Wochen. 2., ergänzte und überarbeitete Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- NMSGG, Niedersächsisches Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung (2020). https://www.ms.niedersachsen.de/startseite/jugend_familie/senioren_generationen/praventive_hausbesuche/modellkommunen-gesucht-land-startet-praventionsprojekt-fur-seniorinnen-und-senioren-186074.html, abgerufen am 09.09.2020.
- Nitschke M., Goll S., Schmeer R., Meyenburg-Altward I., & Krückeberg J. (2014). Erfahrungen und Ergebnisse einer Qualifizierungsmaßnahme zum/zur AAL-Berater/in. In: Wohnen - Pflege - Teilhabe - Besser leben durch Technik, 7. Deutscher AAL-Kongress. Berlin, Offenbach: VDE VERLAG GMBH.
- Peppers, K., Tuunanen, T., Rothenberger, M. A., & Chatterjee, S. (2007). A Design Science Research Methodology for Information Systems Research. Journal of Management Information Systems, 24(3), 45–77.
- PfIBRefG, Pflegeberufereformgesetz (2017). Gesetz zur Reform der Pflegeberufe. Bundesgesetzblatt, Teil I, Nr. 49. Bonn: Bundesanzeiger Verlag.
- RKI, Robert Koch-Institut (Hrsg.) (2015). Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: RKI.
- SVR, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007). Kooperation und Verantwortung Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. Online verfügbar unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2007/Kurzfassung_2007.pdf _24_02_2021
- SVR, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009). „Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“. Online verfügbar unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Aktuelles/2009/PM09-SVR.pdf _24_02_2021
- SVR, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014). Bedarfsgerechte Versorgung –Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Online verfügbar unter: https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf _17_02_2021
- Weidner, F., Schulz-Nieswandt, F., Brandenburg, H., Uzarewicz, C., von Renteln-Kruse, W., Klein, M; Isfort, M., & Schmidt, C. (2004). Gutachten. "Strukturen, Leistungsmöglichkeiten und Organisationsformen von Prävention, Gesundheitsförderung und Rehabilitation für ältere, respektive pflegebedürftige Menschen in NRW - Analyse der Versorgungssituation und Empfehlungen für Rahmenbedingungen". Köln: Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.

Hochschule Osnabrück

Fakultät Management, Kultur und Technik
Kaiserstraße 10 c
49808 Lingen

