



Zukunft
Geriatrie

Bernd Benikowski, Jochen Laible, Christiane Weiling (Hrsg.)

Transferhandbuch

Zukunft Geriatrie – vernetzt und digital



Cuvillier Verlag Göttingen
Internationaler wissenschaftlicher Fachverlag



Transferhandbuch

Zukunft Geriatrie – vernetzt und digital





Bernd Benikowski, Jochen Laible, Christiane Weiling (Hrsg.)

Transferhandbuch Zukunft Geriatrie

Förderkontext

Dieses Transferhandbuch stellt die Ergebnisse des Förderprojektes

Zukunft Geriatrie - vernetzt und digital (Förderkennziffer GE-2-2-002 A bis E)

dar.

Mit finanzieller Unterstützung des Landes
NRW und des Europäischen Fonds für
regionale Entwicklung (ERDF)



EUROPÄISCHE UNION
Investieren in unsere Zukunft
Europäischer Fonds
für regionale Entwicklung



EFRE/NRW
Investitionen in Wachstum
und Beschäftigung

Ministerium für Arbeit,
Gesundheit und Soziales
des Landes Nordrhein-Westfalen



PROJEKTKONSORTIUM

- Christliches Klinikum Unna (Konsortialführung)
- solvecon gmbh
- SRH Hochschule in Nordrhein-Westfalen
- RIF Institut für Transfer
- Paula e. V.

PROJEKTLAUFZEIT

November 2019 bis Oktober 2022

Fotos:

Martina Böhmer



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

1. Aufl. - Göttingen: Cuvillier, 2023

© CUVILLIER VERLAG, Göttingen 2023

Nonnenstieg 8, 37075 Göttingen

Telefon: 0551-54724-0

Telefax: 0551-54724-21

www.cuvillier.de

Alle Rechte vorbehalten. Ohne ausdrückliche Genehmigung des Verlages ist es nicht gestattet, das Buch oder Teile daraus auf fotomechanischem Weg (Fotokopie, Mikrokopie) zu vervielfältigen.

1. Auflage, 2023

Gedruckt auf umweltfreundlichem, säurefreiem Papier aus nachhaltiger Forstwirtschaft.

ISBN 978-3-7369-7725-9

eISBN 978-3-7369-6725-0



Inhaltsverzeichnis

Das Projekt Zukunft Geriatrie	8
Ausgangslage	9
Projektziele	13
Projektbeteiligte: Projektkonsortium und Geriatrieverbund	18
Die Modellregion	22
Der Kreis Unna	23
Vorhandene Projekterfahrungen	28
Sozialwissenschaftliche Analysen	30
Einführung	31
Implementierung des Projektes in der Region	32
Fachkräfteinterviews zur Erhebung des Status quo und der Bedarfe	33
Evaluationskonzept: Vernetzung, Kommunikation und Digitalisierung	44
Evaluationsergebnisse: Kommunikation	51
Patient*innenbefragung zu Beginn der Erhebungsphase	53
Patient*innenbefragung zum Ende der Erhebungsphase - Marienkrankenhaus Schwerte	55
Patient*innenbefragung zum Ende der Erhebungsphase - CKU West	58
Angehörigenbefragung zum Ende der Erhebungsphase - Marienkrankenhaus Schwerte	66
Traumasensible und gendergerechte Interviewführung mit geriatrischen Patient*innen	70
Technologische Analysen	76
Einführung in die Evaluationen	77
Digitale Ausgangssituation in den beteiligten Einrichtungen	79
Befragung Fachkräfte zum Thema Digitalisierung	83
Digitale Systeme	85
Workshop „Digitale Unterstützungsangebote“	99



Fazit, Bewertung und Einordnung	102
Organisationsentwicklung im Verbund	104
Herausforderungen und Strukturen	105
Entwickelte Instrumente	110
Informations- und Kommunikationsportal für Fachkräfte sowie für Patient*innen und Angehörige	112
Kanban-System zur Steuerung der dezentralen Zusammenarbeit	116
Feedback-Instrumente	120
Sektorenübergreifendes Hospitationsangebot für unterschiedliche Berufsgruppen	123
Prozesskette zur Visualisierung von Qualitätskriterien in der geriatrischen Versorgung	126
Traumasensible Qualitätsmerkmale / Ziele der traumasensiblen geriatrischen Versorgung	135
Personalentwicklung im Verbund	144
Humanisierung der Digitalisierung – Soziale Innovation in der geriatrischen Versorgung	145
Innovation in der geriatrischen Versorgung – Partizipation durch Ideenwerkstätten	153
Ergebnisse der Innovationswerkstätten - 15 Visualisierungen	170
Selbstbestimmung, Teilhabe und Empowerment in der digitalen Kommunikation	189
Erprobung ausgewählter digitaler Einsatzszenarien	196
Literaturverzeichnis	215





Das Projekt

Christiane Weiling

Ausgangslage

VORAUSSETZUNGEN EINER QUALITATIV HOCHWERTIGEN VERSORGUNG

Eine flächendeckende hochwertige Versorgung im Gesundheitsbereich kann nur gelingen, wenn alle Beteiligten sektoren- und professionsübergreifend aufeinander abgestimmt arbeiten. Dazu gehören neben der Weitergabe relevanter Informationen (Überleitungsbogen, Patientenakte, Medikationsplan etc.) auch ein strukturierter Wissens- und Know-how-Transfer sowie eine unternehmensübergreifend angelegte Personal- und Organisationsentwicklung von Krankenhäusern und weiteren ambulanten und stationären Akteur*innen auf allen Hierarchieebenen.

Da geriatrische Patient*innen aufgrund ihres Alters und der gesundheitlichen Situation häufig pflegebedürftig sind, ist gerade hier ein gutes Zusammenspiel zwischen medizinischer und pflegerischer sowie sozialer Betreuung wichtig, um die individuellen Bedürfnisse der alten und hochaltrigen Menschen möglichst gut berücksichtigen zu können und ihnen möglichst lange ein selbstbestimmtes und selbständiges Leben zu ermöglichen. Dazu gehört es auch, sie und ihre Angehörigen beim Erhalt und der Stärkung vorhandener Ressourcen zu unterstützen. In diesem Zusammenhang müssen Ängste und Bedürfnisse der Betroffenen erhoben werden und in die Erstellung von Instrumenten und Angeboten einfließen. Dazu zählt auch die Berücksichtigung traumasensibler und genderspezifischer Belange.

DIGITALISIERUNG IM DEUTSCHEN GESUNDHEITSWESEN

Unser Gesundheitswesen ist auf eine solch enge Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Sektoren allerdings aktuell immer noch nicht ausreichend eingestellt. Zwar wurden durch das Gesetz für digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen (E-Health-Gesetz) mit Beginn des Jahres 2016 wichtige Weichen gestellt: Ziel des E-Health-Gesetzes ist es, Arztpraxen, Krankenhäusern und Apotheken die Möglichkeit zu geben, in sicherer, strukturierter und

medienbruchfreier Weise medizinische Informationen ihrer Patient*innen an weiterbehandelnde Akteur*innen elektronisch zu übermitteln. Ergänzt wurde das Gesetz zum 01.01.2020 mit dem „Gesetz für eine bessere Versorgung durch Digitalisierung und Innovation“ – kurz: Digitale-Versorgung-Gesetz oder DVG, welches die Einführung der Telematikinfrastruktur (TI) weiter vorantreiben soll.

Ab Juli 2018 sollten alle Arzt- und Psychotherapiepraxen sowie Krankenhäuser an die Telematikinfrastruktur (TI) angeschlossen sein. Die Frist wurde zunächst bis zum 31.12.2018, anschließend für Arztpraxen noch einmal bis zum 30.06.2019, verlängert. Apotheken sollten bis zum 31. März 2020 (inzwischen 30.09.2020) ans Netz, Krankenhäuser haben bis zum 1. Januar 2021 Zeit.

In der praktischen Umsetzung des E-Health-Gesetzes kommt es immer wieder zu Problemen, wie die oben genannten Verschiebungen zeigen, da im deutschen Gesundheitswesen nach Aussage des Bundesgesundheitsministeriums mehr als 200 IT-Schnittstellen existieren. Selbst im Geriatrieverbund Kreis Unna nutzen die beteiligten Modelleinrichtungen eine Vielzahl unterschiedlicher Softwareprodukte. Hunderttausende Nutzer*innen aus unterschiedlichen Professionen und Sektoren müssen bundesweit an das neue System angeschlossen werden. Die Einrichtungen des Gesundheitswesens klagen insbesondere über das Fehlen zugelassener eHealth-Konnektoren.

BESCHÄFTIGTE UND DIGITALISIERUNG

Unabhängig von den genutzten Systemen sehen sich aber alle Einrichtungen des Gesundheitswesens mit der Herausforderung konfrontiert, ihre Beschäftigten beim Wandel hin zur Arbeit in einem digitalisierten Arbeitsumfeld zu begleiten. Im deutschen Gesundheitswesen herrscht – anders als in den skandinavischen Ländern oder den Niederlanden – oft noch eine große Zurückhaltung gegenüber der Nutzung moderner Informations- und Kommunikationstechnologien für den strukturierten Austausch relevanter Informationen und für die Gestaltung oder Weiterentwicklung von Prozessen. Obwohl die Digitalisierung bereits zahlreiche Lebensbereiche grundlegend und nachhaltig verändert hat, werden gerade im Bereich des Gesundheitswesens die Möglichkeiten, die die Digitalisierung zum Wohle der Menschen bieten könnte, bisher zu wenig genutzt.

In der betrieblichen Praxis führt dies dazu, dass auch in kooperationsbereiten Verbänden, wie z. B. dem Geriatrieverbund Kreis Unna, die Entwicklung einheitlicher Standards und Dokumente meist Face-to-Face und nur auf Leitungsebene oder zwischen einzelnen Multiplikator*innen bestimmter Professionen erfolgt. Das Herunterbrechen komplexer Veränderungsprozesse und die Anpassung der entwickelten Modelle an die Besonderheiten in den einzelnen Arbeitsbereichen stockt anschließend in vielen Fällen, weil keine entsprechenden (digital unterstützten) Kommunikations- und Feedbackkanäle vorhanden sind, die ein vernetztes Arbeiten und einen strukturierten Wissens- und Know-how-Transfer auf allen Ebenen und über Professionsgrenzen hinaus ermöglichen. Darüber hinaus berücksichtigen die Maßnahmen häufig nicht die unterschiedlichen Zugänge von männlichen und weiblichen Beschäftigten hinsichtlich der Annäherung an digitale Veränderungsprozesse. Die Einbindung aller Beteiligten sowie das gute Zusammenspiel der verschiedenen Professionen sind aber gerade bei der Versorgung geriatrischer Patient*innen unabdingbar.

Außerdem haben Beschäftigte keine oder nur unzureichende Mitgestaltungsmöglichkeiten bei der Einführung neuer Instrumente, Prozesse und Verfahren. Die Akzeptanz und Unterstützung neuer Entwicklungen sowie die Bereitschaft zur Umsetzung notwendiger Veränderungs- und Weiterentwicklungsprozesse im Arbeitsalltag halten sich deshalb vielfach in Grenzen. Dies belegen auch Studienergebnisse des IAT im Auftrag der Hans-Böckler-Stiftung¹: „Weniger als 30 Prozent der befragten Arbeitnehmer fühlen sich rechtzeitig und umfassend informiert, wenn es um digitale Neuerungen geht. Gleichzeitig betrachten die Klinikmitarbeiter die Digitalisierung als Chance, das Berufsbild zu verbessern: Drei Viertel von ihnen sind ganz oder teilweise davon überzeugt, dass digitale Technik zur Aufwertung ihrer Arbeit beiträgt.“

Zwar stehen 90 % der Beschäftigten digitalen Neuerungen offen gegenüber, nur 40 % fühlen sich nach den aktuellen Studienergebnissen aber ausreichend qualifiziert. Die Akteur*innen im Gesundheitswesen sind vielfach noch nicht in der Lage, vorhandenes Wissen für die

¹ Bräutigam et al. 2017, S. 47.



Nutzung mittels digitaler Medien (Videoschulungen, Informationsfilme) aufzubereiten. Auch für die Moderation von virtuellen Workshops und Lenkung von Diskussionen in virtuellen Räumen fehlen bei vielen Beschäftigten im Gesundheitswesen entsprechende methodische und didaktische Kompetenzen.

ZIELE DES MODELLPROJEKTES

Im Rahmen des Modellprojektes sollen Instrumente und Strukturen zur Steigerung der Versorgungsqualität geriatrischer Patient*innen entwickelt und modellhaft erprobt werden. Dies soll erreicht werden durch eine bessere krankenhauses- und sektorenübergreifende Zusammenarbeit und die Sicherstellung eines breiten Wissens- und Know-how-Transfers zwischen den Einrichtungen unter Beteiligung möglichst vieler Beschäftigten. Hierdurch soll auch die prä- und poststationäre Behandlungscoordination verbessert werden. Dabei sollen in allen Phasen des Projektes die genderspezifischen Bedarfe aller beteiligten Akteur*innen in den Blick genommen werden.

Christiane Weiling

Projektziele

Den Kern des Projektes bildet der Aufbau einer strukturierten und unternehmensübergreifend angelegten Organisationsentwicklung. Begleitet wird diese Organisationsentwicklung durch den Aufbau eines digitalen Wissensmanagements verbunden mit einem Personalentwicklungskonzept, das Fachkräfte in die Lage versetzt, ihr Wissen für den Einsatz in digitalen Medien (Psychoedukation, Angehörigeninformation, Schulung von Fachkräften) aufzubereiten und sich entsprechend in diesen Medien zu präsentieren (Videotraining, Rhetorik, Methodik und Didaktik). Das Projekt wird dadurch dazu beitragen, die Akzeptanz digitaler Unterstützung im Gesundheits- und Pflegebereich zu erhöhen, um die anstehenden komplexen Veränderungsprozesse hin zum Arbeiten 4.0 bewältigen zu können.

Die im Projekt angestoßenen Innovationen beziehen sich auf zwei Bereiche:

1. Unternehmensübergreifend angelegte Organisationsentwicklung im Verbund durch Einbindung aller Beschäftigten (hierarchie- und professionsübergreifend, gendergerecht) über digitale, flexible und einfach bedienbare Feedbacksysteme
2. Genderspezifische Personalentwicklung zur Weitergabe von Wissen über digitale Medien und zur Steuerung von Kommunikationsprozessen in virtuellen Räumen

ORGANISATIONSENTWICKLUNG IM VERBUND

Bislang arbeiten Krankenhäuser, Arztpraxen sowie ambulante und stationäre Altenpflege außerhalb von zeitlich begrenzten Förderprojekten relativ isoliert voneinander. Häufig werden innovative Instrumente, Prozesse und Verfahren im Rahmen von Modellprojekten entwickelt und erprobt. Meist sind in diese Projekte aber nur ausgewählte Mitarbeiter*innen oder nur bestimmte Professionen eingebunden. Der größte Teil der Beschäftigten hat im Regelfall keine Möglichkeit, sich aktiv und kontinuierlich in die (Weiter-)Entwicklung von Verfahren und Instrumenten einzubringen, was bei einer flächendeckenden Implementierung dann häufig zu Akzeptanzproblemen

führt. Darüber fehlen bislang digital gestützte Konzepte und Instrumente, die einen dauerhaften Wissenstransfer über Einrichtungs- und Professionsgrenzen hinweg und eine kontinuierliche Weiterentwicklung von Arbeitsprozessen und Instrumenten im Verbund auch über ein Projektende hinaus sicherstellen.

Das vorliegende Projekt will entsprechende Strukturen für eine dauerhaft angelegte Organisationsentwicklung im Verbund konzipieren und erproben, die eine Einbindung aller Beschäftigten über digitale, flexible und einfach bedienbare Feedbacksysteme sicherstellt. Es werden digitale Strukturen geschaffen und modellhaft erprobt, die einen Austausch von Wissen durch die verbundweite Verfügbarkeit und die Möglichkeit zur Weiterentwicklung, Anpassung und Diskussion von Verfahren, Prozessen, Instrumenten etc. unter Einbindung aller Hierarchieebenen ermöglichen. Dies ist unabhängig von der in der jeweiligen Einrichtung genutzten telematischen Infrastruktur möglich, da die Ergebnisse (überwiegend Dokumente und Checklisten) plattformunabhängig erzeugt und dadurch mit einfachsten Mitteln in die vorhandenen KIS-Systeme integriert werden können. Dies geschieht über offene Schnittstellen oder die in einigen KIS-Systemen inzwischen vorhandenen Formulargeneratoren.

Im Rahmen der Organisationsentwicklung werden Arbeitsgruppen (geriatischer Lenkungskreis, Laborteams zur Evaluation und Weiterentwicklung vorhandener Instrumente sowie zur Entwicklung neuer Lösungen) implementiert, die im Rahmen von Face-to-Face-Arbeits-treffen sowie in virtuellen Austauschräumen miteinander arbeiten. Darüber hinaus findet mittels einer webbasierten und damit plattformunabhängigen Feedback-App sowie eines breit angelegten Wissensmanagementsystems (relevante und von allen nutzbare Dokumente, transparente Darstellung des Arbeitsstands in den unterschiedlichen Einrichtungen und Gremien, virtuelle Austauschräume über ein entsprechendes abgesichertes DSGVO-konformes Portal) eine permanente Kommunikation mit den Mitarbeitenden an der Basis (Pflegekräfte, Ärzt*innen, Therapeut*innen, sozialer Dienst) statt. Technisch erfolgt dies z. B. auf Basis vielfach schon vorhandener Datentablets (DOC-Pads) oder über die schon vorhandene Infrastruktur der im Patient*innenzimmer verfügbaren Mediastream-Geräte. Hier-



durch haben die beteiligten Beschäftigten die Möglichkeit, vorhandene und neue Verfahren und Instrumente direkt im Arbeitsablauf zu bewerten und durch ihr praxisorientiertes und sehr gezieltes Feedback zu einer Weiterentwicklung dieser Instrumente und Verfahren beizutragen. Die eingegebenen Rückmeldungen werden unmittelbar bei der Speicherung anonymisiert/pseudonymisiert, um gemäß DSGVO einen Mitarbeiter*innenbezug auszuschließen. Ein integriertes Single Sign-On (SSO) bzw. ersatzweise eine Authentifizierung über einen NFC-Chip o. ä. sorgen lediglich für eine niedrigschwellige und valide Eingabemöglichkeit.

Die Laborteams basieren auf den Konzepten der Lern- und Experimentierräume des BMAS Förderprogramms unternehmenswert:mensch plus. Das Konzept der „betrieblichen Praxislaboratorien“ ist im Rahmen des vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) geförderten Verbundvorhabens „WING – Wissensarbeit in Unternehmen der Zukunft nachhaltig gestalten“ vom Institut für Sozialwissenschaftliche Forschung – ISF München gemeinsam mit Unternehmen für eine nachhaltige Gestaltung der digitalen Transformation entwickelt und erprobt worden. Im Rahmen des Modellprojektes werden die für einzelne Unternehmen konzipierten Lern- und Experimentierräume für die Arbeit im Verbund weiterentwickelt.

PERSONALENTWICKLUNG IM KONTEXT DIGITALEN ARBEITENS

Die Aufbereitung und Weitergabe von Wissen mittels digitaler Medien unterscheidet sich erheblich von der Wissensweitergabe im Rahmen von Präsenzveranstaltungen oder Face-to-Face-Gesprächen. Entsprechendes Know-how (Methodik, Didaktik, Rhetorik, Mimik, Gestik) ist bei den Fachkräften aus dem Gesundheitswesen bislang noch nicht vorhanden. Im Rahmen des Projektes werden daher Personalentwicklungskonzepte entwickelt und erprobt, die die Expert*innen aus dem geriatrischen Bereich in die Lage versetzen, ihr Wissen mit Hilfe von Lern- und Informationsfilmen an Kolleg*innen, aber auch an Patient*innen sowie deren Angehörige weiterzugeben. Darüber hinaus müssen die geriatrischen Fachkräfte in die Lage versetzt werden, Diskussionen, Arbeitsgruppen und andere Kommunikationsprozesse in virtuellen Räumen adäquat zu moderieren und zu

strukturieren. Bei der Konzeption werden die besonderen Bedarfe von Männern, Frauen und Diversen in den Blick genommen.

Gerade in der Kommunikation mit Patient*innen sowie deren Angehörigen kommt es im geriatrischen Bereich darauf an, vorhandene Ressourcen sichtbar zu machen und zu stärken, Sicherheit zu geben und Ängste aufzugreifen. Hierbei spielen insbesondere auch Aspekte eines traumasensiblen Arbeitens eine wichtige Rolle.

Menschen im höheren Lebensalter sehen sich häufig mit traumatischen Erfahrungen vergangener Zeiten konfrontiert, die den aktuellen Lebensalltag negativ beeinflussen können. Etwa die Hälfte der Kriegs- und Nachkriegsgeneration trägt schwer an den Erfahrungen aus dem Zweiten Weltkrieg, z. B. Bombenangriffe, aktive Kriegshandlungen, Flucht und Vertreibung sowie Hungersnot. Genauso zählen gewalttätige Erziehung, sexualisierte Gewalt in der Kindheit oder im Erwachsenenalter, Bindungsstörungen oder Erfahrungen als ehemalige Heimkinder dazu. Viele Betroffene haben – auch vor dem Hintergrund des kollektiven Schweigens – ihr Leben durch Verdrängung bewältigt und sind mit ihren Erlebnissen allein geblieben und verstummt.

Aber auch im Alter können sich die Menschen vielfältiger Gewalt, z. B. im Kontext von derzeitigen Kriegen, Betrug oder Überfällen, ausgesetzt sehen. Ebenso sind Belastungen durch Verluste, Diskriminierungen, Erkrankungen oder Hilfe- und Pflegebedürftigkeit möglich. Insbesondere Frauen können zudem von sexualisierter oder häuslicher Gewalt betroffen sein.

Zurückliegende oder aktuelle Traumata und deren Folgen werden bei alten Menschen nicht immer erkannt. Dadurch kann es zu Fehldiagnosen und -behandlungen kommen.

Um Re-Traumatisierungen durch das erneute Erleben von Ohnmacht zu verhindern und neue Traumatisierungen aufgrund fehlenden Know-hows der Fachkräfte zu vermeiden, sollen mögliche Ursachen und Auswirkungen traumatischer Erfahrungen und mögliche Besonderheiten in der Beratung, der Therapie, der medizinischen Versorgung und Pflege im Rahmen des Projektes mitgedacht werden.



Die geriatrischen Fachkräfte benötigen neben entsprechendem Fachwissen auch das Know-how, wie traumasensible Aspekte bei der Entwicklung von Instrumenten und der Anpassung von Arbeitsprozessen – insbesondere im Kontext digitaler Kommunikationsmedien – berücksichtigt werden können. Psychoedukation und Psychohygiene, die die Ängste und Bedarfe der Patient*innen sowie der Angehörigen bewusst aufgreifen, können in diesem Kontext unterstützend wirken, so dass geriatrische Patient*innen Ressourcen selbst aktivieren können.



Jochen Laible

Projektbeteiligte: Projektkonsortium und Geriatrieverbund

PROJEKTKONSORTIUM

Das Projekt wird getragen von einem interdisziplinären Projektkonsortium. Die Einrichtungen des Geriatrieverbundes Kreis Unna unterstützen das Projekt als assoziierte Partner*innen. Darüber hinaus sind eine Vielzahl von Betrieben aus der Gesundheits- und Seniorenwirtschaft als Umsetzungspartner*innen in die Entwicklung und Erprobung konkreter Instrumente eingebunden. Weitere Multiplikator*innen und Transferpartner*innen unterstützen die Verbreitung der Projektergebnisse innerhalb und außerhalb der Modellregion.

Die Konsortialführung im Projekt hat das **Ev. Krankenhaus Unna (jetzt Christliches Klinikum Unna West)** als koordinierende Stelle des Geriatrieverbundes Kreis Unna übernommen. Das Klinikum übernimmt im Projekt die Koordination, den Aufbau der verschiedenen Gremien sowie die medizinische und pflegefachliche Begleitung des Projektes und der Einrichtungen im Geriatrieverbund Kreis Unna (und den assoziierten Partner*innen).

Das Beratungsunternehmen **solvecon - Gesellschaft für Beratung und Entwicklung mbH** mit Schwerpunkten in der Organisations- und Projektentwicklung, der Softwareentwicklung und dem Datenschutz in KMU ist verantwortlich für die Entwicklung und Implementierung der Konzepte im Bereich der Personal- und Organisationsentwicklung, für die Steuerung und Moderation der Arbeit innerhalb des Geriatrieverbundes (u.a. geriatrischer Lenkungskreis, Laborteams), die Auswahl, Programmierung und technische Implementierung der Feedback-Instrumente zur Einbindung der Beschäftigten sowie für die Sicherstellung des Datenschutzes und der Informationssicherheit.

Die **SRH Hochschule in Nordrhein-Westfalen** mit Sitz in Hamm ist verantwortlich für die Entwicklung, Erprobung und Evaluation neuer Formen digitaler Kommunikation in der geriatrischen Versorgungskette zwischen den unterschiedlichen professionellen Mitarbeiter*innen, aber auch den Patient*innen bzw. Klient*innen. Dazu

sollte ein partizipativer Prozess durchgeführt werden, der die Mitarbeiter*innen in die Entwicklung neuer digitaler Instrumente in der Geriatrie einbezieht. Auf der Grundlage dieses partizipativen Prozesses sollten ausgewählte Szenarien erprobt und evaluiert werden. Darüber hinaus ist vorgesehen, dass filmisches Informationsmaterial von der SRH Hochschule erstellt wird und als Lehr- und Informationsmaterial eingesetzt werden kann.

Ursprünglich hatte die DHGS Unna (Deutsche Hochschule für Gesundheit und Sport) diesen Aufgabenbereich im Projekt übernommen. Aus unterschiedlichen Gründen, im Wesentlichen jedoch durch pandemiebedingte Problemlagen, hat sich die DHGS entschlossen, die Mitwirkung im Projekt aufzukündigen. Ab dem 01.11.2020 hat dann die SRH Hochschule in Nordrhein-Westfalen deren Aufgaben übernommen.

Das **RIF Institut für Forschung und Transfer e.V.** übernimmt die Evaluation und wissenschaftliche Begleitung hinsichtlich der Akzeptanz digitaler Unterstützung im Gesundheitswesen, die Sicherstellung des Transfers wissenschaftlicher Erkenntnisse hinsichtlich Infrastruktur und Datenübermittlung in die praktische Arbeit sowie die Evaluation des beteiligungsorientierten Ansatzes (Beschäftigte und Patienten*innen). Sie entwickelt Instrumente zur Messung von Veränderungen hinsichtlich der subjektiv empfundenen Versorgungsqualität und leitet Empfehlungen zur Sicherstellung von Gebrauchstauglichkeit und des Nutzens digitaler Unterstützungsangebote im Gesundheitswesen ab.

Der Verein **Paula e.V.** ist verantwortlich für die Aufbereitung von Inhalten zur Patient*innen-/Psychoedukation und berät das Projekt hinsichtlich Psychohygiene und Angehörigeninformation zur Stärkung der vorhandenen Ressourcen unter Berücksichtigung traumatisierbarer und genderspezifischer Aspekte. Darüber hinaus unterstützt Paula e.V. die Beratung und Schulung der geriatrischen Fachkräfte hinsichtlich der oben genannten Themenfelder.



GERIATRIEVERBUND KREIS UNNA

Die Gründung des Geriatrieverbundes Kreis Unna wurde Ende 2015 von Chefärzt*innen der geriatrischen bzw. neurologischen Kliniken im Kreis Unna initiiert. Ziele waren die Entwicklung gemeinsamer Qualitätsstandards, die Erarbeitung von Behandlungs- und Überleitungspfaden sowie die gemeinsame Fort- und Weiterbildung der Mitarbeitenden und der gegenseitige Wissens- und Erfahrungstransfer. Aufgrund unterschiedlicher Ausgangssituationen der beteiligten Kliniken und Abteilungen werden vierteljährliche Treffen mit gegenseitigen Besuchen in den jeweiligen Häusern vereinbart.

Darüber hinaus wird eine Erweiterung des Verbundes mit der Gerontopsychiatrie befürwortet. Außerdem wird der Verbund durch die Aufnahme niedergelassener Hausärzte, um den Sektor der ambulanten Versorgung ergänzt werden. 2017 wird auch der Kreis Unna (Sozialplanung) in den Geriatrieverbund eingebunden.

Vorrangiges Ziel des Verbundes ist und bleibt die Vernetzung von Institutionen und Personen, die an der geriatrischen Versorgung teilnehmen und der gegenseitige Wissen- und Erfahrungstransfer. Darüber hinaus wünscht man sich die Erstellung eines Konzeptes für altengerechte und altenfreundliche Krankenhäuser sowie die Erarbeitung von Empfehlungen des Geriatrieverbundes für niedergelassene Ärzte.

Im Herbst 2017 initiiert der Geriatrieverband Kreis Unna ein erstes Geriatriesymposium für Fachkräfte und die interessierte Öffentlichkeit. Neben geriatrischen Fachvorträgen und einer kurzen Vorstellung des Verbundes beschäftigte sich als zentrales Thema die Podiumsdiskussion mit der aktuellen geriatrischen Versorgung im Krankenhaus, in der ambulanten ärztlichen Versorgung und im Bereich der ambulanten Pflege sowie den jeweiligen Übergängen.

Im Anschluss an das Symposium erweiterte sich der Geriatrieverband auch um Akteur*innen aus der ambulanten und stationären Altenpflege. 2018 konnte die Weiterbildungsstätte der Stiftung St.-Marien-Hospital Lünen für die Mitarbeit im Geriatrieverband gewonnen werden. Neben mehreren, überregional bekannten und anerkannten Weiterbildungen (z. B. Intensivpflege und Anästhesie) bietet die Einrichtung auch eine Weiterbildung Geriatrie und Gerontopsychiatrie (nach Zerkur Geriatrie® zertifiziert) an.

Somit umfasst der Geriatrieverband Kreis Unna inzwischen vom ambulanten zum stationären Sektor sowohl medizinische wie auch pflegerische Kompetenz und ist über die Weiterbildungsstätte und den Kreis Unna gut für eine qualitativ hochwertige Weiterentwicklung der geriatrischen Versorgung im Kreis Unna aufgestellt.



Die Modellregion

Christiane Weiling

Der Kreis Unna

GEOGRAFISCHE LAGE

Der Kreis Unna liegt im Zentrum des Landes Nordrhein-Westfalen und gehört zum Regierungsbezirk Arnsberg. Er bildet zusammen mit Hamm das östliche Ruhrgebiet. Der Süden des Kreises bildet die Grenze zum Sauerland, die nördlichen Gemeinden des Kreises sind dem Münsterland zugehörig.

Der Kreis Unna grenzt im Uhrzeigersinn im Norden beginnend an den Kreis Coesfeld, an die kreisfreie Stadt Hamm, an den Kreis Soest, an den Märkischen Kreis, an die kreisfreien Städte Hagen und Dortmund sowie an den Kreis Recklinghausen.

Der Kreis Unna gliedert sich mit seinen 395.236 Einwohnern (30. Juni 2019) in zehn kreisangehörige Städte und Gemeinden.

DEMOGRAFISCHE ENTWICKLUNG

Der Kreis Unna gehört im NRW-Vergleich zu den besonders stark vom demografischen Wandel betroffenen Regionen. Er ist im Vergleich mit NRW insgesamt mit 44 Jahren Altersdurchschnitt aktuell ein Jahr älter als NRW insgesamt. In 2022 sind es voraussichtlich sogar 2 Jahre.

Der Altenquotient, d.h. der Anteil derjenigen, die 65 Jahre und älter sind, liegt - bezogen auf 100 Personen im Alter von 20 bis 64 Jahren - deutlich höher als im NRW-Vergleich.

Altersquotient		
	NRW	Kreis Unna
2018	34,5	38,2
2030	44,5	52,0
2040	51,5	60,2
2060	52,4	-

Quelle: Pflegebedarfsplan Kreis Unna, 2019, S. 19: Bevölkerungsvorausberechnung 2018 bis 2040 (Basis Zensus 2011), Quelle: Landesbetrieb für Information und Technik Nordrhein-Westfalen (IT.NRW), für Kreis Unna eigene Quotientenberechnung

Bis 2030 wird der Anteil der 18 bis 64-Jährigen auf 55,1 % sinken, während der Anteil derjenigen, die 65 Jahre und älter sind, von 22,8 % auf 27,7 % ansteigen wird.

Auch bezogen auf den Anteil der Hochaltrigen (80 Jahre und älter) altert der Kreis Unna stärker als NRW insgesamt:

1987	NRW	3,4 %	Kreis	3,0 %
2018	NRW	6,5 %	Kreis	6,9 %
2022	NRW	7,2 %	Kreis	7,7 %

Quelle: Pflegebedarfsplan Kreis Unna, 2019, S. 20

KRANKENHÄUSER UND PFLEGE IM KREIS UNNA

Im Kreis Unna existieren sieben Krankenhäuser der Allgemeinversorgung:

- Ev. Krankenhaus Unna (heute CKU West)
- Katharinen-Hospital Unna (heute CKU Mitte)
- Marienkrankenhaus Schwerte
- St. Christophorus Krankenhaus Werne
- Hellmig Krankenhaus Kamen (Träger: Klinikum Westfalen)
- St.-Marien-Hospital Lünen
- Klinik am Park, Lünen-Brambauer (Träger: Klinikum Westfalen)

Darüber hinaus befindet sich im Lebenszentrum Königsborn eine Fachklinik für Kinderneurologie und Sozialpädiatrie.

Der LWL unterhält im Kreis Unna zwei Tageskliniken für psychisch kranke Menschen (Unna und Lünen) sowie als Außenstelle der LWL-Klinik Dortmund eine Station für psychisch kranke Erwachsene im Ev. Krankenhaus Unna. Darüber hinaus bietet der LWL in Bergkamen eine Gerontopsychiatrische Tagesklinik an. Das St.-Marien-Hospital Lünen und das Marien-Krankenhaus Schwerte betreiben Geriatriische Tageskliniken.

Im Kreis Unna verfügen drei der genannten Krankenhäuser über anerkannte Geriatriische Hauptabteilungen (Ev. Krankenhaus Unna, Marienkrankenhaus Schwerte, St.-Marien-Hospital Lünen). Das Katharinen-Hospital Unna kooperiert im Geriatriischen Bereich im Rahmen des Katholischen Hospitalverbundes Hellweg mit dem Mariannen-Hospital Werl. Das St. Christophorus Krankenhaus in Werne arbeitet im geriatrischen Bereich im Kontext des Katholischen Klinikums Lünen/Werne eng mit dem St.-Marien-Hospital Lünen zusammen.

Die Zahl der Pflegebedürftigen im Kreis Unna stieg zwischen Ende 2015 und Ende 2017 um 18,4 % auf 2.901 Personen. Die Zahl der Beschäftigten in der Pflege stieg im gleichen Zeitraum allerdings nur um 5,3 % auf 341 Beschäftigte².

Der Kreis Unna verfügt über 4.031 stationäre Pflegeplätze, die 2018 zu 96,2 % (inkl. 3 % eingestreute Kurzzeitpflegeplätze) ausgelastet waren. 327 weitere Plätze sind in Planung. Es gibt 358 Plätze in Pflege- und Demenz-WGs sowie 85 Plätze in Intensivpflege- und Beatmungs-WGs (Stand August 2019). Darüber hinaus verfügt der Kreis Unna über 64 Service-Wohnanlagen mit 2.063 Wohnungen und 382 Plätze in Tagespflegen. 211 weitere Tagespflegeplätze sind in Planung.³

Überregionale Bedeutung haben folgende Einrichtungen im Kreis Unna:

² vgl. Pflegebedarfsplan Kreis Unna, 2019, S. 6

³ vgl. Pflegebedarfsplan Kreis Unna, 2019, S. 7 ff.

- Haus Königsborn in Unna:
Wohnen, Therapie und Pflege für schwerstbehinderte Erwachsene – Wachkoma-Stufe F mit landesweiter Bedeutung
- Haus Volkermann in Kamen:
Junge Pflege und Betreuung für Pflegebedürftige im Alter von 18 bis 65 Jahren mit unterschiedlichsten Erkrankungen, Behinderungen und Pflegegraden
- Altenzentrum Schmallenbach-Haus Einrichtungsteil Haus 2 (62 Plätze) in Fröndenberg:
Angebot für besonders schwierige, gerontopsychiatrisch erkrankte Pflegebedürftige mit Vorhaltung entsprechender Fachlichkeit (konzeptionell und personell, in fachlicher Abstimmung mit der Abt. Gerontopsychiatrie der LWL-Klinik Dortmund), Angebot ausschließlich für Menschen mit ärztlich diagnostizierter Demenz mittelschwerer bis schwerer Ausprägung und Menschen mit aggressiv-herausforderndem Verhalten bei austerapiertem psychiatrisch-neurologischer Erkrankung, bei denen im Regelfall ein Pflegegrad 4 oder 5 festgestellt wurde.

ARBEITSKREISE UND SONSTIGE GREMIEN DER ALTENARBEIT IM KREIS UNNA

Der Kreis Unna zeichnet sich durch eine enge Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteur*innen aus Gesundheitswesen und Pflege aus. Eine Vielzahl funktionierender Netzwerke versucht die Übergänge im System möglichst reibungslos zu gestalten.

Initiiert und moderiert werden diese Netzwerke von der Stabsstelle Planung und Mobilität, Sozialplanung des Kreises Unna. Der Bereich Sozialplanung und Demografie im Kreis Unna sieht seine Aufgabe in der „Gewährleistung der Gemeinwesen orientierten, bedarfsgerechten, inklusiven, sozialen und gesundheitlich-pflegerischen Infrastruktur, insbesondere unter den Bedingungen des demografischen Wandels, sowie Stärkung der Selbsthilfekräfte, des ehrenamtlichen Engagements, der Familien und Unterstützung des selbstbestimmten Wohnens zuhause auch bei sozialen und gesundheitlichen Probleme“.

men unter dem Leitgedanken „ambulant vor stationär“. [...] Der Aufgabenbereich des Produktes Sozialplanung und Demografie in der Stabsstelle "Planung und Mobilität" reicht von der seniorenrelevanten Sozialplanung über Sozialforschung und familienrelevante, psycho-soziale Fachplanung bis zur konkreten Fachberatung, Vernetzung und Weiterbildung von Multiplikatoren sowie zur Erstellung von statistischen Publikationen, Sozialberichten und Inklusionsförderung. Die Koordinierung und Geschäftsführung verschiedener Netzwerke mit zahlreichen Experten und Fachgruppen, welche ihr Know-how ebenso wie Tagungsräume und Bewirtung kostenfrei zur Verfügung stellen, ist ebenfalls Teil der Arbeiten.“⁴

Durch den Kreis Unna werden folgende Netzwerke koordiniert:

- Krankenhaussozialdienste – ambulante Beratungsstellen
- Seniorenarbeit der 10 Kommunen und des Kreises
- PSAG-Gruppen
- Netzwerk Seniorenarbeit
- Konferenz Alter und Pflege
- Kreissenorenkonferenz

Darüber hinaus bestehen auf regionaler Ebene zahlreiche Initiativen wie örtliche Demenznetzwerke, Netzwerke Pflege und Alter sowie Pflegebeiräte (in Bergkamen, Fröndenberg, Kamen, Lünen, Schwerte, Unna und Werne).

Eine flächendeckend vorhandene Pflege- und Wohnberatung im Nord-, Mittel- und Südkreis ermöglicht vielen älteren Menschen den Verbleib in der eigenen Wohnung.

⁴ <https://www.kreis-unna.de/hauptnavigation/kreis-region/leben-im-kreis/soziales/sozialplanung-demografie/>, aufgerufen am 04.04.2020



Christiane Weiling

Vorhandene Projekterfahrungen

Im Kreis Unna gibt es eine lange Tradition zur Förderung der einrichtungsübergreifenden Zusammenarbeit über Träger*innengrenzen hinweg. Gerontopsychiatrische Themen werden seit 1989 regelmäßig im Netzwerk der Altenarbeit erörtert. In diesem Netzwerk mit seinen existierenden Untergruppen (u. a. AG Alte Menschen) arbeiten viele Fachkräfte daran, Probleme und Angebotslücken zu erkennen und die Erkenntnisse zur qualitativen Versorgung und Betreuung der geriatrisch erkrankten Menschen nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen umzusetzen. Das Spektrum der Beteiligten ist groß: z. B. Hausärzt*innen, Neurolog*innen, Beratungs- und Betreuungsdienste, Pflegedienste, Pflegeheime, Tagespflegen, Krankenhäuser, die LWL-Klinik für Psychiatrie, Gruppenbetreuungsangebote und Angebote zur stundenweisen individuellen Einzelbetreuung, Krankenkassen, Demenz-Servicezentrum, Betreuungsstellen, Kirchen, Wohlfahrtsverbände, Seniorenbeauftragte. Auch Ehrenamtliche gehören zu den Aktiven, wie z. B. Selbsthilfegruppen und Vereine. Darüber hinaus bestehen im Kreis Unna spezielle Arbeitskreise der ambulanten, teilstationären und stationären Altenpflege sowie der Kurzzeitpflegen. Initiiert und gefördert wird diese Vernetzungsarbeit durch den Kreis Unna, Stabsstelle Planung und Mobilität, Sozialplanung.

KREISWEIT EINHEITLICHER ÜBERLEITUNGSBOGEN

Im Rahmen eines durch den Kreis Unna begleiteten Modellprojektes haben sich bereits 2006 Vertreter*innen des ambulanten und stationären Bereiches an einen Tisch gesetzt und überlegt, wie die Informationsweitergabe für pflegebedürftige Menschen verbessert werden kann. Entwickelt wurde ein kreisweit einheitlicher Überleitungsbogen, der von ambulanten Pflegediensten, stationären und teilstationären Altenhilfe- und Behinderteneinrichtungen, Hospizen sowie von Krankenhäusern genutzt wird. Dieser wurde inzwischen mehrfach (zuletzt im Herbst 2018) überarbeitet und an aktuelle gesundheitspolitische Veränderungen angepasst. Grundvoraussetzung für die langfristige und sehr breite Implementierung in der Praxis war, dass dieser Bogen gemeinsam mit Vertreter*innen unterschiedlicher

Professionen entwickelt wurde und dass am Ende ein Instrument entstand, das die Kommunikation und Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteur*innen unterstützt und fördert.

BIOGRAFIEORIENTIERTE ÜBERLEITUNG

Im Rahmen des Modellprojektes „Entwicklung und Etablierung eines biografieorientierten, kultursensiblen Überleitungsmanagements im Kreis Unna“, Förderkennzeichen 005-GW03-092 wurde dieser einheitliche Überleitungsbogen um einen biografieorientierten Zusatzbogen erweitert.

Außerdem wurden im Rahmen des genannten Projektes vom Projektpartner solvecon ein System entwickelt, welches den elektronischen Austausch von Dokumenten zwischen den verschiedenen Versorgern aus unterschiedlichen Softwaresystemen heraus ermöglicht. Das System ist so angelegt, dass eine Ankopplung an andere digitale Lösungen problemlos möglich ist. Mit dieser Lösung wurde den unterschiedlichen Arbeitsweisen im Gesundheitswesen Rechnung getragen. Es entstand ein System, welches die Einspeisung und das Auslesen von Daten mittels ganz unterschiedlicher Medien unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Vorgaben ermöglicht. Das entwickelte Konzept ermöglicht neben dem Import von Daten aus unterschiedlichen Softwaresystemen heraus auch die Weitergabe von handschriftlich oder in gängigen Textverarbeitungsprogrammen erfassten Daten sowie die Weiterleitung von Fotos, PDF- und sonstigen Dokumenten.

FEHLENDE LÖSUNGEN

All diese Ansätze stellen gute und wichtige Bausteine für eine bessere sektorenübergreifende Versorgung geriatrischer Patient*innen dar. Bislang fehlen aber Konzepte zur einrichtungsübergreifenden Personal- und Organisationsentwicklung. Benötigt werden Konzepte für einen digital unterstützten Know-how-Austausch, ein strukturiertes und breit angelegtes, digital gestütztes Wissensmanagement im Verbund sowie für die langfristige Implementierung und dauerhafte Weiterentwicklung einer professions- und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit nach definierten Qualitätsstandards auf allen Arbeitsebenen. Nur so sind die beteiligten Akteur*innen den Anforderungen eines Arbeitens 4.0 gewachsen.



Sozialwissenschaftliche Analysen

Christiane Weiling

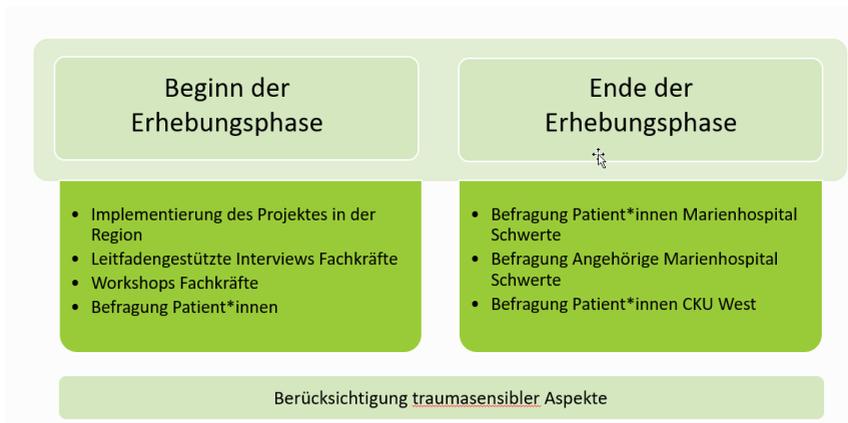
Einführung

Ziel der sozialwissenschaftlichen Analysen war es, das soziale Miteinander der Fachkräfte untereinander sowie mit den Patient*innen und deren Angehörigen genauer zu beleuchten.

Es wurden sowohl zu Beginn als auch am Ende der Erhebungsphase mit Hilfe von leitfadengestützten Interviews sowie im Rahmen von Gruppendiskussionen Daten erhoben, die für die Entwicklung und Beurteilung der im Projekt entwickelten Instrumente und Lösungsansätze von Bedeutung waren.

Im Fokus standen im Rahmen der Analysen folgende Themen:

- Kommunikation
- Informationsfluss (insbesondere an Schnittstellen zu anderen Einrichtungen)
- Geriatrische Prozesse innerhalb der Einrichtungen und an der Schnittstelle zu vor- und nachversorgenden Akteur*innen
- Haltung zu digitalen Entwicklungen



Quelle: Eigene Darstellung

Jochen Laible

Implementierung des Projektes in der Region

In der ersten Phase des Projektes wurden Arbeitsgruppensitzungen und sonstige Treffen von Multiplikator*innen und Entscheidungsträger*innen im Kreis Unna besucht, um

- möglichst viele Einrichtungen und sonstige Akteur*innen über das Projekt und die geplanten Aktivitäten zu informieren,
- die Einrichtungen zur Teilnahme an den Arbeitsgruppen/LAB zu motivieren
- die aktuellen Bedarfe hinsichtlich einer Organisationsentwicklung im Verbund sowie der Wissensweitergabe über digitale Medien bei Entscheidungsträger*innen zu erheben.

Im Rahmen der Projektpräsentationen wurde bei allen Veranstaltungen Wert auf eine intensive Diskussion mit den Anwesenden gelegt.

Im Sinne eines beteiligungsorientierten Ansatzes sollten sie die Möglichkeit bekommen, die zu entwickelnden Instrumente aktiv mitzugestalten.

So konnte sichergestellt werden, dass die entwickelten Ergebnisse im weiteren Verlauf des Projektes von einer möglichst großen Zahl an Einrichtungen genutzt werden.



Jochen Laible

Fachkräfteinterviews zur Erhebung des Status quo und der Bedarfe

METHODISCHES VORGEHEN

In der ersten Phase des Projektes wurden alle ins Projekt eingebundenen Einrichtungen besucht, um

- die breite Basis der Beschäftigten über das Projekt und die geplanten Aktivitäten zu informieren,
- die Beschäftigten zur Teilnahme an den verschiedenen Gremien (Geriatrischer Lenkungskreis, Arbeitsgruppen/LAB-Teams) zu motivieren und
- die aktuellen Bedarfe hinsichtlich einer Organisationsentwicklung im Verbund aus der Praxis heraus zu erheben.

ERHEBUNGSINSTRUMENT

Um eine strukturierte Erhebung hinsichtlich der vorhandenen Abläufe und Instrumente sowie bezüglich der Bedarfe der verschiedenen Berufsgruppen zu ermöglichen, wurde im Projekt ein entsprechender Leitfaden entwickelt, der im Rahmen der Hospitationen und Interviews zum Einsatz kam:

Interviewleitfaden zur Erhebung des Status quo und hinsichtlich der Bedarfe der Fachkräfte in den geriatrischen Kliniken

Geriatrisches Screening

- Gibt es Vorgaben bezüglich des Screenings älterer Patienten? Werden diese im Alltag konsequent umgesetzt?
- Welches Screening wird eingesetzt?
- Wann und von wem wird das Screening durchgeführt?
- Genügt das Screening den Anforderungen der geriatrischen Fachkräfte?

	Voll und ganz			gar nicht	
Aussagekraft	<input type="checkbox"/>				
Umfang	<input type="checkbox"/>				
Identifikation der richtigen Patienten	<input type="checkbox"/>				
Zeitaufwand KH	<input type="checkbox"/>				
_____	<input type="checkbox"/>				
_____	<input type="checkbox"/>				

- Werden bei Bedarf zusätzliche Assessments eingesetzt? Wenn ja, welche?

Gestaltung Versorgungsalltag

- Wie ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit innerhalb der geriatrischen Station geregelt?
- Gibt es regelmäßige multiprofessionelle Teambesprechungen?
- Wie werden Informationen ausgetauscht?
- Wie und von wem wird der Behandlungsprozess für die Patienten geplant?
- Wird die Einhaltung des Behandlungsplans evaluiert?

Zusammenarbeit mit anderen Fachabteilungen, Zuweisenden und Weiterversorgenden

- In welcher Form wird mit anderen Abteilungen, Zuweisenden und Weiterversorgern kommuniziert und wie gut klappt das?

	Klappt gut			klappt gar nicht	
Mail	<input type="checkbox"/>				
Fax	<input type="checkbox"/>				
Telefon	<input type="checkbox"/>				
Persönliches Gespräch	<input type="checkbox"/>				
(Team-)Sitzungen	<input type="checkbox"/>				
_____	<input type="checkbox"/>				

Quelle: Eigene Darstellung

- Wie könnte der Austausch von Informationen zwischen den Versorgern und Fachabteilungen erleichtert werden?
- Bekommen Sie von den Zuweisenden alle Informationen, die Sie benötigen? Wenn nein, welche Informationen fehlen häufig?
- Wie leiten Sie Informationen bei der Entlassung an die Weiterversorger weiter? Wer bekommt einen Überleitungsbogen von Ihnen?
- Funktioniert die Versorgung mit Arznei- und Hilfsmitteln bei der Entlassung?
- Gibt es eine systematische Zusammenarbeit mit stationären und ambulanten Einrichtungen vor und bei der Entlassung?

Umgang mit Patient*innen und Angehörigen

- Werden Patienten und Angehörige in die Erstellung des Behandlungsplans eingebunden?
- Werden die Patienten bzw. Angehörigen nach dem Aufenthalt hinsichtlich ihrer Zufriedenheit befragt?
- Wie und durch wen werden Patienten und Angehörige über wesentliche durchzuführende Maßnahmen informiert?
- Werden Beratungen sowie Schulungsmaßnahmen/Seminare für Patienten und Angehörige angeboten?
- Werden Gesprächstermine mit Angehörigen vereinbart oder finden Gespräche spontan statt? Ist die Online-Vergabe von Terminen für solche Gespräche denkbar?
- Gibt es bereits digitale Angehörigengespräche (Mail / Chat)?
- Können Sie sich vorstellen, durch Informationsfilme für Angehörige und Patienten den Zeitaufwand für persönliche Gespräche zu reduzieren?

Quelle: Eigene Darstellung

AUSWERTUNG

Die Besuche, Interviews und Hospitationen ergaben folgendes Bild.

Geriatrisches Assessment

Alle geriatrischen Abteilungen der im Verbund beteiligten Krankenhäuser führen ein standardisiertes Screening durch. Sie orientieren sich dabei an der Leitlinie "geriatrische Komplexbehandlung" (Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V.). Abrechnungsrelevant ist in diesem Zusammenhang auch die so genannte OPS-Systematik (Operationen- und Prozedurenschlüssel) als Grundlage für das pauschalierende Entgeltsystem G-RG (German Diagnosis Related Groups von DIMDI, Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information). Hier sind Behandlungspfade, weitere Prozeduren und die einzusetzenden Assessment-Instrumente beschrieben. Nach OPS 8-55 erfolgt zu Beginn der Behandlung ein Assessment in mindestens

vier Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition und Emotion). Im Laufe des stationären Aufenthaltes (möglichst zeitnah zum Beginn der Behandlung) soll darüber hinaus eine umfangreiche Sozialanamnese erstellt werden (soziales Umfeld, Wohnumfeld, Pflege- und Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen). Zum Ende (Entlassung) der geriatrischen Behandlung hat ein Assessment in mindestens zwei Bereichen stattzufinden (Selbstständigkeit und Mobilität). Die von den beteiligten Einrichtungen erhobenen Assessments sind in der Regel umfangreicher als in der OPS-Systematik vorgeschrieben. Die genutzten Instrumente sind weitgehend gleich, geringfügige Unterschiede bestehen zumeist in der Erhebung der kognitiven Leistungsfähigkeit und der emotionalen Situation.

Eingesetzte Assessment-Instrumente

Der Barthel-Index (Bewertungsverfahren zur Einschätzung alltäglicher Fähigkeiten) wird in allen Abteilungen genutzt. Zur Erhebung der kognitiven Leistungsfähigkeit wird ebenfalls in allen Krankenhäusern der MMST (Mini-Mental-Status-Test) eingesetzt. Zur Ergänzung des MMST (insbesondere bei Auffälligkeiten) werden i. d. R. noch der DemTect (Demenz-Detection-Test) und/oder der Uhrentest durchgeführt. Unterschiedlich ist mitunter der Einsatz von Instrumenten zur Einschätzung der emotionalen Situation. So wird beispielsweise in Lünen/Werne und Werl die geriatrische Depressions-Skala (GDS), in Schwerte der DIA-S (Depression im Alter-Skala) und in Unna der DESC-II (Rasch-basiertes Depressionsscreening) und/oder ebenfalls die GDS (bei Patient*innen über 94 Jahre) erhoben. Der Einsatz weiterer Instrumente variiert in unterschiedlicher Art von Krankenhaus zu Krankenhaus. Zu den Instrumenten zählen u. a. das geriatrische Screening nach Lachs (SCR), der PKMS (Pflegekomplexmaßnahmen-Score), die instrumentellen Aktivitäten nach Lawton/Brody (IADL) oder der Timed up & go Test sowie der de Morton Mobility Index (DEMMI). Patient*innenabhängig werden ggfs. noch weitere Tests/Fragebögen zur Inkontinenz, der Delir-Score oder ein Schlucktest durchgeführt.

Eingesetzte Instrumente

Die Zeitpunkte der Erhebung sind lt. OPS-Systematik festgeschrieben (zeitnah zu Aufnahme und Entlassung). Die Zeitpunkte weiterer Erhebungen erfolgen patient*innen- oder situationsorientiert. In der Regel wird der Barthel-Index von Mitarbeitenden der Pflege erhoben. Die kognitiven Tests führen Ergotherapie und/oder Neuropsychologie/Psychologie durch. Weitere Tests zur Mobilität übernimmt die Physiotherapie. Die Erhebung der Sozialanamnese ist Aufgabe des Sozialdienstes.

Zufriedenheit mit den eingesetzten Instrumenten

Insgesamt zeigen sich die die Mitarbeitenden der betreffenden Professionen bzgl. Aussagekraft, Zeitaufwand und Umfang zufrieden mit den eingesetzten und zur Verfügung stehenden Instrumenten. Die Erhebung der jeweiligen Bereiche zu Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition und Emotion gehören zum Alltag einer geriatrischen Abteilung und werden nicht in Frage gestellt.

Auf Unverständnis stoßen mitunter die Tests zu Kognition und Emotion bei den Patient*innen, die sich mit den Vorstellungen einer Mobilitäts-Verbesserung in die geriatrische Abteilung begeben haben und den Hintergrund der Fragen nicht verstehen. Gelegentlich wird die Durchführung der Tests dann komplett verweigert. Berichtet wurde auch, dass ggfs. bei bestehenden kognitiven Einschränkungen die Tests aus Furcht vor einer „Bestätigung“ verweigert würden. Hier sollen im Rahmen des Konzeptes unter traumasensiblen Gesichtspunkten Lösungsansätze entwickelt und erprobt werden.

Zusammenarbeit, Teambesprechungen, Informationsaustausch, Visiten

In allen Abteilungen finden wöchentliche, multiprofessionelle Teambesprechungen statt, teilweise auch täglich (z. B. in Schwerte täglich auf den jeweiligen Stationen). Mitunter finden auch tägliche Frühbesprechungen in Anwesenheit unterschiedlicher Professionen statt, um die wesentlichen Tagesabläufe und Vorfälle aus der Nacht zu erörtern (z. B. Unna, Schwerte). Die Teambesprechungen sind zumindest wöchentlich ebenfalls in der OPS-Systematik festgeschrieben.

In der Regel sind folgende Berufsgruppen vertreten: ärztlicher Dienst mit leitender Ärztin*leitendem Arzt (Fachärztin*arzt Geriatrie), mindestens einer*einem Vertreter*in aus Pflegedienst, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, Psychologie/Neuropsychologie (ggfs. per Video zugeschaltet, wie z. B. in Werne aus Lünen), Sozialdienst und ggfs. Ernährungsberatung, Controlling/Patient*innen-management, familiäre Pflege/Pflegeberatung.

Die Anwesenheit der unterschiedlichen Berufsgruppen wird per Anwesenheitsliste oder digital dokumentiert. Die Leitung der Teambesprechungen obliegt der*dem Fachärztin*arzt für Geriatrie. Alle Patient*innen werden im Einzelnen besprochen, unterschiedliche Einschätzungen der Berufsgruppen diskutiert. Alle Professionen werden hinsichtlich der jeweiligen Patient*innen zu ihren Einschätzungen über die aktuelle Situation, Fortschritte oder Rückschritte befragt. Behandlungsziele, Therapiemaßnahmen oder weitere Handlungsschritte werden geplant und dokumentiert.

Die Dokumentation erfolgt digital über eine entsprechende Software oder über das Krankenhaus-Informationssystem. In Werl und Unna wird die spezielle Geriatrie-Software GERDA genutzt. Lünen/Werne nutzt das KIS-System IMED one und Schwerte cerner medico.

Visiten werden täglich, Chefarztvisiten in der Regel wöchentlich durchgeführt. Hier sind neben den Ärzt*innen auf unterschiedlichen Ebenen in der Regel auch die Mitarbeitenden der Pflege beteiligt. Situationsabhängig werden andere Berufsgruppen hinzugebeten.

Behandlungsplan, Evaluation

Individuelle Behandlungspläne werden während der Teamsitzungen besprochen und festgelegt. Die Verantwortung obliegt der*dem leitenden Ärztin*Arzt für Geriatrie.

Die Anzahl der Therapieeinheiten ist ebenfalls anhand der OPS-Systematik „Geriatrie-Komplexbehandlung“ beschrieben und umfassen:

- 7 Behandlungstage = mindestens 10 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon mindestens 9 Therapieeinheiten als Einzeltherapie

- 14 Behandlungstage = mindestens 20 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon mindestens 18 Therapieeinheiten als Einzeltherapie
- 21 Behandlungstage = mindestens 30 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon mindestens 27 Therapieeinheiten als Einzeltherapie

Neben einer aktivierend-therapeutischen Pflege durch besonders qualifiziertes Pflegepersonal werden die jeweiligen Therapieeinheiten durch folgende Berufsgruppen erbracht: Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Psychologie/Neuropsychologie.

Die erbrachten Leistungen werden computergestützt über die eingesetzte Software dokumentiert. Die erforderliche Anzahl der Therapieeinheiten bzw. noch nicht erbrachte Leistungen werden somit softwaregestützt für die geplante Entlassung errechnet.

Die Prüfquoten des MDK für die geriatrischen Frührehabilitation liegen bei rund 20 % der Behandlungsfälle. Bei fehler- oder lückenhafter Dokumentation kann der MDK die Finanzierung einzelner Behandlungstage oder die komplette Komplexbehandlung verweigern. Daher wird auf eine gewissenhafte Dokumentation großer Wert gelegt.

Die Evaluation des Behandlungsprozesses erfolgt über die beschriebenen Assessment-Instrumente im Vergleich zum Zustand bei der stationären Aufnahme. Eine explizite, standardisierte Befragung zur Zufriedenheit von Patient*innen oder Angehörigen zum stationären Aufenthalt erfolgt aktuell nicht.

Zusammenarbeit mit anderen Fachabteilungen, Zuweisenden und Weiterversorgenden

Die Kommunikation innerhalb der Abteilung wird durchweg als gut beschrieben. Die Mitarbeitenden sehen sich als gut akzeptierte Mitglieder in multiprofessionellen Teams. Die Hierarchien sind flach, die Kommunikation durch die regelmäßigen Teamsitzungen sichergestellt. Das Aufnahmeverfahren der jeweiligen Abteilungen gestaltet sich unterschiedlich. Das EK Unna hat beispielsweise einen Fragebogen zur Anmeldung in Verbindung mit dem Barthel-Index für einweisende Ärzt*innen und Abteilungen entworfen.

Als problematisch wird die zumeist mangelhafte Aufklärung von Patient*innen und Angehörigen über Sinn, Hintergründe und Aufgaben einer geriatrischen Komplexbehandlung gesehen. Die Patient*innen kommen häufig mit völlig falschen Vorstellungen zur Aufnahme. Zuweisende (häufig andere Fachabteilungen im selben Krankenhaus oder aus anderen Kliniken, Einweisungen aus der ambulanten Versorgung fallen mit etwa 10 – 15 % eher gering aus) erklären die Ein- oder Zuweisung eher mit: „Wir schicken Sie dann mal zur Reha, verbunden mit Entspannung und ggfs. Wellnessangeboten.“

Die Teams wünschen sich daher explizit eine verbesserte Information von Angehörigen und Patient*innen.

Die jeweiligen Abteilungen begegnen dieser Problematik mit unterschiedlichen Strategien. In Schwerte wird den Patient*innen, die aus anderen Fachabteilungen des Hauses in die Geriatrie verlegt werden, eine „geriatrische Fachberatung“ über den Sozialdienst angeboten. In Lünen/Werne existiert eine „pflegerische Angehörigensprechstunde“ mit individueller Terminvergabe. In Unna wird für die ärztliche geriatrische Sprechstunde eine individuelle Terminabsprache über das Sekretariat vereinbart. Eine pflegerische Sprechstunde ist in Planung. In Werl wird Beratung über einen „Demenzcoach“ angeboten. Alle Krankenhäuser (bis auf Unna) halten das Projekt „familiäre Pflege“ vor, das Angehörigen und Patient*innen individuelle Pfegetrainings, Beratungen oder Schulungskurse zu bestimmten fachlichen Themen anbietet, um eine möglichst gute Weiterversorgung in der häuslichen Umgebung zu gewährleisten.

Von allen Beteiligten (auch aus dem ambulanten und stationären Versorgungsbereich) wird die Schnittstelle der Weiterversorgung in der häuslichen Umgebung oder der stationären Altenpflege als besonders problematisch beschrieben. Es käme aufgrund mangelnder Informationsweitergabe immer wieder zu Versorgungsbrüchen und Missverständnissen (z. B. die Weiterversorgung von chronischen Wunden oder die aktuelle Medikamentenanpassung). Grundsätzlich nutzen alle Abteilungen Entlassungs-Checklisten (Papierchecklisten oder Software-gestützt, z. B. GERDA).

Auch die Weitergabe von Informationen über einen Überleitungsbogen und über einen ärztlichen (Kurz-) Entlassungsbericht wird von allen Abteilungen sichergestellt. Allerdings werden hier kein einheitlicher Überleitungsbogen, sondern eigene krankenhausintern entwickelte oder in der Software hinterlegte Instrumente genutzt.

Situationsabhängig erfolgt eine Information von weiterversorgenden Diensten (z. B. ambulanter Pflegedienst, stationäre Altenpflegeeinrichtung, behandelnde*r Hausärztin/Hausarzt) vorab auf unterschiedlichen Wegen (Mail, Fax, Telefon oder persönliches Gespräch).

Eine Zusammenarbeit mit ambulanten oder stationären Einrichtungen erfolgt in der Regel nicht systematisch, sondern ist eher dem Zufall überlassen oder durch bestehende persönliche Kontakte bestimmt.

Die Problematik, nach dem stationären Aufenthalt und im Bedarfsfall einen möglichst wohnortnahen Kurzzeitpflegeplatz zu finden, kennen alle Abteilungen. Hier wünschen sich die Verantwortlichen mehr Aktivität, auch auf politischer Ebene. Etwas Entspannung hat die Einführung der Pflegeplatz-App in Nordrhein-Westfalen gebracht, auch wenn die angegebenen freien Plätze bei telefonischer Nachfrage nicht immer der Realität entsprochen haben.

Die Versorgung mit Medikamenten wird von allen Krankenhäusern sichergestellt. Die benötigten Arzneimittel werden bis zum nächsten Öffnungstag der betreuenden Praxen mitgegeben. Dies betrifft auch die Entlassungen vor einem Wochenende, Feiertag oder an einem Mittwochnachmittag. Problematisch und gesetzlich untersagt ist die Mitgabe von BTM-pflichtigen Medikamenten. Hier erfolgt in der Regel die Information an die betreffende Praxis rechtzeitig vor der Entlassung per Telefon, Fax oder E-Mail.

Die Versorgung mit Hilfsmitteln wird von unterschiedlichen Berufsgruppen (Sozialdienst, Physio- und/oder Ergotherapie, Pflege) während der stationären Behandlung ermittelt und organisiert. Die Zusammenarbeit mit Sanitätshäusern oder Zulieferern funktioniert im Allgemeinen gut.

Aufklärung, Angehörigengespräche, Schulungsmaßnahmen

Individuelle Schulungen und themenbezogene Kurseinheiten werden über die familiäre Pflege angeboten oder an interne (z. B. Geriatrieberatung, Sozialdienst) oder externe (z. B. Wohn- und Pflegeberatung) Beratungsstellen vermittelt. Individuelle Angehörigengespräche verlaufen häufig ungeplant und „zwischen Tür und Angel“ während des Stationsalltages. Teilweise werden telefonische Gesprächstermine vereinbart. Zumeist schließen die jeweiligen Abteilungen Gespräche an Vormittagen, während der Visiten oder Behandlungen grundsätzlich aus.

Hier sehen die beteiligten Abteilungen erheblichen Verbesserungsbedarf durch Möglichkeiten der digitalen Terminplanung, der Telemedizin oder über digitale Angehörigengespräche (z. B. Chat), insbesondere bei weit entfernt wohnenden Angehörigen. Alle befragten Personen und Berufsgruppen können sich eine Verbesserung der Situation durch die Erstellung von Informationsfilmen oder anderen Aufklärungsmedien (Flyer und Broschüren oder digitale Möglichkeiten) gut vorstellen.

Geriatrische Tageskliniken (Lünen und Schwerte)

Die Behandlung der Patient*innen in der Tagesklinik orientiert sich ebenfalls an der Leitlinie Geriatrie. Die OPS-Systematik als Grundlage für das pauschalierende Entgeltsystem (OPS 8-98) ist auch in den Tageskliniken abrechnungsrelevant. Hier sind ebenfalls die einzusetzenden Assessment-Instrumente vorgegeben, unterscheiden sich jedoch nicht von den eingesetzten Instrumenten in der stationären Geriatrie.

Die Erhebung der jeweiligen Testungen erfolgt analog der stationären Geriatrie durch verschiedene Professionen. So werden die Tests zur Mobilität durch die Physiotherapie und die kognitiven Instrumente durch die Ergotherapie erhoben. Die Ausarbeitung der Pflegeplanung und die Erhebung des Barthel-Index sind Aufgaben der Pflege. Die Bewertung und die daraus resultierenden therapeutischen Konsequenzen werden im multiprofessionellen Team unter fachärztlicher Leitung besprochen und festgelegt. Auch in der Tagesklinik finden regelmäßig multiprofessionelle Teambesprechungen statt.

Folgende Voraussetzungen hinsichtlich der Einbindung unterschiedlicher Berufsgruppen müssen vorliegen: fachärztliche Behandlungsleitung (Zusatzbezeichnung Geriatrie), Pflegefachkraft mit geriatrischer Zusatzqualifikation, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie/ Neuropsychologie und Sozialdienst.

Die Anzahl der Therapieeinheiten ist ebenfalls festgeschrieben, die tägliche Aufenthaltsdauer muss (ohne Transportzeiten) 330 Minuten betragen. Die erbrachten Leistungen sind täglich zu dokumentieren und zu kodieren.

Die Prüfquoten des MDK liegen hier deutlich höher als in der stationären Geriatrie und die Streichung einzelner Behandlungstage wird deutlich restriktiver gehandhabt. Die Tageskliniken befinden sich somit im Spannungsfeld der Rechtfertigung, ob eine ambulante Behandlung nicht ausreichend sei und zum gleichen Ergebnis führen werde. Adäquate ambulante Angebote sind zumindest im Kreis Unna jedoch nicht vorhanden.

Die Tagesklinik in Schwerte händigt Patienten*innen sowie deren Angehörigen umfangreiches Informationsmaterial zum Aufenthalt und zu bestimmten gesundheitlichen Problembereichen aus (z. B. Sturzprävention, Hautpflege oder Ernährung).

Uwe Eisermann / Lara Wagener

Evaluationskonzept: Vernetzung, Kommunikation und Digitalisierung

EINLEITUNG

Die Evaluationsaktivitäten bestanden im Jahr 2020 darin, ausgewählte Aspekte der Leistungserstellung und -gestaltung, der Vernetzung/Kommunikation und der Weiterentwicklung (im Hinblick auf die Digitalisierung) in Einrichtungen des Geriatrieverbundes Kreis Unna zu erheben und zu bewerten. Damit wurden zwei zentrale Zielgruppen, Mitarbeiter*innen und Patient*innen, und zunächst zwei elementare Zielgrößen, (digitale) Kommunikation und (subjektiv empfundene) Versorgungsqualität, in der Evaluation berücksichtigt.

Die Zielgröße digitale Kommunikation betrifft den Austausch der Mitarbeiter*innen mit unterschiedlichen Ziel- und Anspruchsgruppen (Austausch mit Kolleg*innen innerhalb der Abteilung und über die Abteilung und die Einrichtung hinaus, Austausch mit Patient*innen, Austausch mit Angehörigen). Sie wird erhoben, indem die Mitarbeiter*innen u. a. zu den Instrumenten der Kommunikation, zu Trainings-/Qualifizierungsbedarfen zur Nutzung der Instrumente und zum Einfluss von COVID-19 befragt werden. Die Zielgröße Versorgungsqualität (hier: subjektiv empfundene Versorgungsqualität) bezieht sich auf die soziale und emotionale Unterstützung der Patient*innen durch die Mitarbeiter*innen. Sie wird erhoben, indem Patient*innen u. a. zur Zufriedenheit, Einbindung und Zuwendung sowie zur Information und Kommunikation befragt werden.

Aus den Ergebnissen der o. g. Erhebungen sollen auf die Zielgrößen bezogene Handlungs-/ Gestaltungsempfehlungen für die Einrichtungen abgeleitet werden. Im Fall der Einrichtungen werden dies voraussichtlich Empfehlungen zur Kommunikation und zur Verbesserung der subjektiv empfundenen Versorgungsqualität mittels vorhandener Ressourcen sein.

PLANUNG DER EVALUATION

Die Planung der Evaluation beinhaltet eine Beschreibung des Evaluationsprojekts und eine Betrachtung der konkreten Evaluationsaktivitäten (Untersuchungen). Sie erfolgte im Zeitraum von Juli bis September 2020.

Das Evaluationsprojekt lässt sich in zwei Teilprojekte, Evaluation A (Mitarbeiter*innen) und Evaluation B (Patient*innen) einteilen und anhand der Kriterien Evaluationszwecke, Evaluationsgegenstand, Evaluationsfragestellungen und Evaluationsziele erklären.

Evaluationszwecke bezeichnen die beabsichtigte Verwendung von Evaluationen respektive ihrer Ergebnisse. Sie lassen sich in Evaluationszwecke nach Funktionen und Evaluationszwecke nach Intentionen/Verwendungsabsichten einteilen. In Bezug auf die Funktion(en) ist Evaluation A als proaktive (oder ex-ante) Evaluation und Evaluation B als dokumentierende Evaluation zu verstehen. In Bezug auf die Intention kann Evaluation A als verbesserungsorientierte Evaluation und Evaluation B als rechenschaftslegungsorientierte Evaluation betrachtet werden.

Der Evaluationsgegenstand bezeichnet das Objekt, das bewertet bzw. dessen Güte oder Nutzen bestimmt wird. Bei Evaluation A sind die Evaluationsgegenstände Technologien i. w. S., zumal erhoben wird, welche Technologien für die Kommunikation mit den Ziel-/Anspruchsgruppen verwendet werden und ob sich die Kommunikation durch den Einfluss von COVID-19 verändert hat. Bei Evaluationen B sind die Evaluationsgegenstände Programme i. w. S., zumal erhoben wird, wie die Patient*innen die Versorgungsqualität, die durch vorgegebene Programme/Maßnahmen erreicht werden soll, empfinden. Bei Evaluation B wird also betrachtet, wie die Patient*innen die von den Mitarbeiter*innen der Einrichtungen erbrachten Leistungen zur sozialen und emotionalen Unterstützung bewerten.

Evaluationsfragestellungen beziehen sich auf den Evaluationsgegenstand und bezeichnen, welche Daten und Informationen über den Evaluationsgegenstand erhoben werden sollen. Sie beschreiben, welche Daten und Informationen die Zielgruppen (Adressat*innen) be-

nötigen, damit der Evaluationszweck erreicht werden kann. Die Gesamtheit der Evaluationsfragestellungen betrifft die für die Erklärung und Bewertung relevanten Aspekte des Evaluationsgegenstandes, wobei i. d. R. nicht der Anspruch besteht, diesen vollständig abzubilden. Für die beiden Evaluationen können daher folgende (übergeordnete) Evaluationsfragestellungen formuliert werden.

Evaluation A: Welche Instrumente werden zu welchen Zwecken in der Kommunikation eingesetzt? Hat COVID-19 die Kommunikation beeinflusst (und wenn ja, inwieweit)?

Evaluation B: Wie beurteilen die Patient*innen die Versorgungsqualität, d. h. die soziale und emotionale Unterstützung, die sie von den Mitarbeiter*innen der Einrichtung erhalten haben?

Die Evaluationsziele betreffen vor allem die Planung, Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung von Maßnahmen, sodass eine der Fragestellung entsprechende Aussage aus der Gesamtheit des Evaluationsprozesses abgeleitet werden kann, z. B. eine Empfehlung, eine Anweisung oder eine Entscheidung. Für die beiden Evaluationen stellen sich die Ziele wie folgt dar.

Evaluation A

- Explorative Erhebung ausgewählter Charakteristika der Zielgröße Kommunikation (u. a. Instrumente für die Kommunikation mit unterschiedlichen Zielgruppen, Trainings-/ Qualifizierungsbedarfe, Einfluss von COVID-19)
- Vergleichende Betrachtung der Ergebnisse/der Einrichtungen (soweit möglich)
- Ableitung von Handlungs-/Gestaltungsempfehlungen (soweit möglich)

Evaluation B

- Explorative Erhebung ausgewählter Charakteristika der Zielgröße subjektiv empfundene Versorgungsqualität (Zufriedenheit, Einbindung, Zuwendung, Unterstützung, Information, Kommunikation)

- Vergleichende Betrachtung der Ergebnisse/der Einrichtungen (soweit möglich)
- Ableitung von Handlungs-/Gestaltungsempfehlungen (soweit möglich)

Die konkreten Evaluationsaktivitäten betreffen die konkreten Untersuchungen, die anhand der Kriterien Untersuchungsansatz, Untersuchungsdesign, Datenerhebungsmethode und Datenerhebungsinstrument beschrieben werden können. So wird in beiden Evaluationen mit den Evaluationszwecken einhergehend der explorative Ansatz als Untersuchungsansatz gewählt. Explorative oder erkundende Evaluationen erfolgen in der Absicht, Einblicke in wenig erforschte Bereiche zu erhalten und erste wissenschaftlich verwertbare Informationen über diese Bereiche zu erheben. Auf der Grundlage der Informationen sollen neue Theorien und Hypothesen oder zumindest theoretische oder terminologische Voraussetzungen entwickelt werden, um Theorien und Hypothesen erstellen zu können. Als Untersuchungsdesign wird in beiden Evaluationen die qualitative Untersuchung in Form einer Querschnittsuntersuchung gewählt, die alternativ als Zustandsevaluation bezeichnet werden kann, da ein bestimmter Zustand (eine Haltung, Einstellung, Wahrnehmung etc.) zu einem bestimmten Zeitpunkt bewertet wird. Die Evaluationen A und B sind daher als Zustandsevaluationen zu verstehen. Bei der Zustandsevaluation ist die Evaluation darauf ausgerichtet, alle Merkmale zu ermitteln, die den Evaluationsgegenstand (das Forschungsobjekt) bestimmen und ihn von anderen Evaluationsgegenständen abgrenzen. Die Beschreibung und Bewertung von Zuständen wird i. d. R. dazu eingesetzt, den Verbesserungsbedarf eines Zustandes zu erheben (Bedarfsanalyse) und ausgehend davon zu entscheiden, ob eine Intervention benötigt wird und wie sie gestaltet sein sollte. Wenn beispielsweise ermittelt wird, ob die Maßnahmen zur Erreichung einer optimalen Versorgungsqualität entsprechend den Standards für derartige Maßnahmen ergriffen werden, entspricht dies einer Zustandsevaluation. Bei Einhaltung der Standards sollten sich folglich keine Anregungen für Verbesserungen/Interventionen ergeben.

Die Datenerhebungsmethoden wurden in Abhängigkeit vom Untersuchungsansatz und Untersuchungsdesign und den Möglichkeiten

und Grenzen der Zielgruppen gewählt (z. B. Zeit als begrenzender Faktor bei den Mitarbeiter*innen). Somit wurde beschlossen, die Mitarbeiter*innen in Leitfaden- oder Fokusgruppeninterviews („Workshops“, offenes Format) und die Patient*innen in Einzelinterviews zu befragen. Als Datenerhebungsinstrument wurde in beiden Fällen/bei beiden Zielgruppen ein Leitfaden gewählt, der ausschließlich offene Fragen beinhaltet.

DURCHFÜHRUNG DER EVALUATION

Die Durchführung der Evaluation betrifft die Auswahl und die Erstellung der Datenerhebungsinstrumente und die Datenerhebung und Datenauswertung.

Die Auswahl der Datenerhebungsinstrumente betrifft die Befragungsstrategie, die Befragungstaktik, den Befragungsumfang, die Befragungshäufigkeit und die Kommunikationsform. Die Befragungsstrategie ist die nicht-standardisierte (offene) Befragung, die Befragungstaktik die direkte Befragung (in beiden Evaluationen). Der Befragungsumfang beinhaltet in Evaluation A (Mitarbeiter*innen) mit den Zielgrößen Digitalisierung (genauer beschrieben in Kapitel 4.a) und Kommunikation zwei Themen und in Evaluation B (Patient*innen) ein Thema (Versorgungsqualität). Damit ergeben sich zwei Befragungsarten, eine Zwei-Themen-Befragung und eine Ein-Thema-Befragung. Die Befragungshäufigkeit ist in beiden Evaluationen identisch, es ist (zumindest zunächst) eine Einmalbefragung. Die Kommunikationsform ist in beiden Evaluationen ebenfalls identisch, da beabsichtigt wird, die Mitarbeiter*innen und die Patient*innen persönlich zu befragen.

Die Erstellung der Datenerhebungsinstrumente erfolgte in drei Schritten: 1. Sichtung des Informationsmaterials (wissenschaftliche Untersuchungen), 2. Entwicklung der Leitfäden/der Fragen, 3. Erprobung der Leitfäden/Pretests. Die Pretests ergaben, dass die Fragen verständlich waren und beantwortet werden konnten, Änderungen der Leitfäden waren folglich nicht erforderlich.

Der Leitfaden für die Evaluation A (Leitfaden-/Fokusgruppeninterviews mit Mitarbeiter*innen) beinhaltet insgesamt 14 Fragen/Items, davon elf Fragen in der Dimension Kommunikation (neun Fragen in

der Sub-Dimension Kommunikation allgemein und zwei Fragen in der Sub-Dimension Kommunikation speziell – Kommunikation und COVID-19). Die weiteren Items werden in Kapitel 4.a. erläutert.

Der Leitfaden für die Evaluation B (Einzelinterviews mit Patient*innen) beinhaltet insgesamt 12 Fragen/Items, davon drei Fragen in der Dimension Zufriedenheit, vier Fragen in der Dimension Einbindung, Zuwendung und Unterstützung (Betreuung), drei Fragen in der Dimension Information/Kommunikation und zwei Fragen zur abschließenden Einschätzung. Darüber hinaus können in den Interviews situativ weitere Fragen gestellt werden, beispielsweise Fragen danach, ob die Patient*innen etwas vermissen („Vermissen Sie während Ihres Aufenthalts in der Klinik etwas?“) und/oder ob sie ausreichend aktiviert werden („Werden Sie während Ihres Aufenthalts in der Klinik ausreichend aktiviert?“).

Die Datenerhebung und Datenauswertung betrifft die Begutachtung vor Ort, d. h. die Durchführung der Gruppen-/Einzelinterviews in den beteiligten Einrichtungen, und die sich unmittelbar daran anschließende Verarbeitung der erhobenen Daten und Informationen.

Die Datenerhebung wurde im Zeitraum von Ende September bis Mitte Oktober 2020 in vier Einrichtungen (Akutkliniken) des Geriatrieverbundes Kreis Unna durchgeführt. Dabei konnten im Evangelischen Krankenhaus Unna, im Marienkrankenhaus Schwerte, im Mariannen-Hospital Werl und im St.-Marien-Hospital Lünen insgesamt 30 Patient*innen und 25 Mitarbeiter*innen befragt werden. Im Anschluss an die Befragungen wurden die erhobenen Daten/Informationen inhaltsanalytisch ausgewertet. Die folgende Tabelle bietet einen Überblick über die befragten Zielobjekte, die Befragungsarten und die Befragungszeitpunkte.

Einrichtung	Anzahl befragter Patient*innen	Anzahl befragter Mitarbeiter*innen	Befragungsart/Komm.-form	Befragungszeitpunkte
Evangelisches Krankenhaus Unna	10 (7 w, 3 m)	9 (3 Ärztinnen, 1 Therapeutin, 1 Pflegerin, 2 Logopädinnen, 1 Psychologin, Leiterin Sozialdienst)	Patient*innen: Gespräch/ persönlich Mitarbeiter*innen: Workshop	Patient*innen: 22.09., 06.10. Mitarbeiter*innen: 09.10.
Marienkrankenhaus Schwerte	12 (9 w, 3 m)	6 (1 Ärztin, 1 Therapeutin, 3 Pfleger*innen, 1 Psychologe)	Patient*innen: Gespräch/ persönlich Mitarbeiter*innen: Workshop	Patient*innen: 07.10. Mitarbeiter*innen: 07.10.
Mariannen-Hospital Werl	5 (4 w, 1 m)	6 (1 Ärztin, 2 Therapeutinnen, 2 Pfleger*innen, 1 Mitarbeiterin Sozialdienst)	Patient*innen: Gespräch/ persönlich Mitarbeiter*innen: Workshop	Patient*innen: 13.10. Mitarbeiter*innen: 12.10.
St.-Marien-Hospital Lünen	3 ⁵ (3 w)	4 (1 Arzt, 2 Therapeut*innen, 1 Pflegerin)	Patient*innen: Gespräch/telefonisch Mitarbeiter*innen: Workshop	Patient*innen: 14.10. Mitarbeiter*innen: 14.10.

Tabelle 1: Datenerhebung im Überblick

Ergänzend ist anzumerken, dass die Patient*innen vor den Gesprächen von den Mitarbeiter*innen der Einrichtungen angesprochen und nach ihrem Einverständnis für die Gespräche gefragt wurden. Folglich wurden ausschließlich Patient*innen befragt, die ihr Einverständnis erklärt haben. Darüber hinaus ist zu erwähnen, dass sich die Gespräche/Workshops über 45 bis 90 Minuten erstreckten und in ruhiger, sehr angenehmer Atmosphäre erfolgten. Bei den Gesprächen/Workshops wurden keine persönlichen Daten/Informationen erhoben.

⁵ Corona-bedingt konnten die Patient*innen nur telefonisch befragt werden, die Anzahl war folglich begrenzt.

Uwe Eisermann / Lara Wagener

Evaluationsergebnisse: Kommunikation

Die folgenden Ausführungen beinhalten in Kürze die Ergebnisse der Evaluation systematisiert nach den Items Kommunikation und Kommunikation speziell (COVID 19).

ITEM/DIMENSION: KOMMUNIKATION ALLGEMEIN

Die Mitarbeiter*innen in den Einrichtungen verwenden für den dienstlichen Austausch vor allem E-Mail-Clients/E-Mails und das Telefon. In einer Einrichtung wird zusätzlich ein Messenger (WhatsApp) genutzt. In einer anderen Einrichtung sind ein Messenger und ein weiteres Kommunikationstool (Microsoft Teams) vorhanden; sie werden aber kaum genutzt. Die Mitarbeiter*innen bezeichnen den Umgang mit der in den Einrichtungen eingesetzten Hardware und Software als einfach und geben an, dass sie geschult werden, wenn Qualifizierungsbedarfe bestehen. Dies gilt insbesondere für neue Mitarbeiter*innen. Die Mitarbeiter*innen sind im Allgemeinen mit den Systemen und Applikationen zufrieden, wobei sie Wünsche für weitere Systeme/Instrumente äußern (siehe Kapitel 4).

In zwei Einrichtungen haben Patient*innen die Möglichkeit, ein Videokonferenz-Tool (Skype) für den Austausch mit ihren Angehörigen zu verwenden. Diese Möglichkeit wird aber kaum genutzt, da das Tool bei den Patient*innen weitgehend unbekannt ist. Von den Patient*innen wird daher vor allem das Telefon für den Austausch mit den Angehörigen verwendet.

ITEM/DIMENSION: KOMMUNIKATION SPEZIELL (COVID-19)

Die Mitarbeiter*innen beurteilen die Kommunikation in Corona-Zeiten unterschiedlich. In einer Einrichtung ist die Kommunikation mit den Angehörigen einfacher und besser geworden, da Termine nun individuell vereinbart werden und damit eine bessere Planbarkeit bestehe. In den anderen Einrichtungen ist der Austausch mit den Angehörigen schwieriger und aufwändiger geworden. Die Angehörigen wünschen sehr häufig sehr viele Informationen und rufen (teilweise) täglich an, wodurch die Mitarbeiter*innen sehr belastet werden. In einer Einrichtung haben die Mitarbeiter*innen darüber hinaus das



Gefühl, dass viel mehr Kommunikation von der Klinik ausgeht (ausgehen muss) und dass die Klarstellung von Sachverhalten (im Rahmen der Weiterleitung von Informationen: Patient*in – Angehörige*r, Klinik – Angehörige*r) sehr viel Zeit beansprucht.

Uwe Eisermann / Lara Wagener

Patient*innenbefragung zu Beginn der Erhebungsphase

Die folgenden Ausführungen beinhalten in Kürze die Ergebnisse der Evaluation zu Beginn des Projektes systematisiert nach Items.

Item/Dimension: Zufriedenheit

Die Patient*innen sind mit der Behandlung und Versorgung durch die Mitarbeiter*innen der Einrichtungen überwiegend zufrieden und sehr zufrieden. Die große Zufriedenheit beruht den Angaben der Patient*innen zufolge darauf, dass die Mitarbeiter*innen sich sehr gut um sie „kümmern“ und viel unternehmen, um ihnen zu helfen. Außerdem beruht die Zufriedenheit auf richtigen und schnellen Handlungen („Reaktionen“) und auf der Art und Weise der Behandlung. Häufig genannte Begriffe sind „sehr zufrieden“, „sehr gut“, „zuvorkommend“, „aufmerksam“ und „hilfsbereit“.

Item/Dimension: Einbindung, Zuwendung, Unterstützung

Die Patient*innen empfinden den Umgang der Mitarbeiter*innen der Einrichtungen mit ihnen als angemessen und fühlen sich in der Klinik sehr gut aufgehoben und sicher. Häufig genannte Begriffe sind „menschlich“, „höflich“, „herzlich“ und „freundlich“.

Item/Dimension: Information, Kommunikation

Die Patient*innen geben an, dass sie ausführlich beraten wurden. Sie haben ferner das Gefühl, dass sie einen ehrlichen Umgang erfahren und ehrliche Informationen erhalten. Der Austausch mit den Angehörigen wird als „gut“ bezeichnet.

Abschließende Einschätzung

Die Patient*innen bewerten den Aufenthalt in den Einrichtungen als gut/sehr gut und empfehlen ihn (i. d. R.) uneingeschränkt weiter.

Weitere Themen

Die Patient*innen haben eigenen Angaben zufolge in den Einrichtungen wenig, i. d. R. nichts vermisst. Sie geben an, dass sie ausreichend (i. S. v. gut/sehr gut) aktiviert werden und keine weiteren Maßnahmen benötigen.



Empfehlungen

In Bezug auf die Versorgungsqualität lässt sich eine zusammenfassende, für alle Einrichtungen zutreffende Empfehlung aussprechen. So sollten die Einrichtungen alle Aktivitäten, die zur Versorgungsqualität beitragen, unverändert aufrechterhalten. Sie müssen keine neuen/ weiteren Aktivitäten (zur Verbesserung der Versorgungsqualität) einleiten, da die Mitarbeiter*innen bereits ein sehr hohes Maß an Versorgungsqualität ermöglichen. Es ist aus Sicht der Patient*innen gegenwärtig nicht erforderlich, neue Angebote (Unterstützungs-, Aktivierungs-, Informations-, Kommunikationsangebote o. Ä.) zu entwickeln oder zu beschaffen.



Christiane Weiling

Patient*innenbefragung zum Ende der Erhebungsphase - Marienkrankenhaus Schwerte

Im Rahmen einer Patient*innenbefragung wurden insgesamt 14 Patient*innen der drei geriatrischen Stationen im Marienkrankenhaus Schwerte befragt.

Ziel der Befragung war es, Rückmeldungen hinsichtlich der Kommunikation vor und während des Aufenthaltes in der Geriatrie zu bekommen. Darüber hinaus sollten Ängste, Wünsche und Erwartungen hinsichtlich des Aufenthaltes auf der Geriatrie erhoben werden.

Vor der Durchführung der Befragung wurden die Patient*innen und deren Angehörige über die Ziele der Befragung informiert und es wurde darauf hingewiesen, dass die Daten nur in anonymisierter Form gespeichert und weiterverarbeitet werden.

Befragt wurden zu etwa gleichen Teilen Patient*innen kurz nach der Verlegung auf die Geriatrie, mitten während des Aufenthaltes sowie Patient*innen kurz vor der Entlassung. Der überwiegende Teil der Befragten wurde vom Standort Goethestraße des Marienkrankenhauses in die Geriatrie am Standort Schützenstraße verlegt.

Aufklärung und Informationsqualität

Die meisten Befragten wurden durch die Ärzt*innen der verlegenden Stationen über den geplanten geriatrischen Aufenthalt informiert. Generell empfanden es die Befragten so, dass sie vorab eher wenig Informationen erhielten. Ihnen fehlten Detailinformationen zum Leistungsspektrum und zu den Abläufen in der Geriatrie. Die ausführliche Informationsbroschüre der Geriatrie konnte das persönliche Gespräch nicht ersetzen.

Erwartungshaltung im Vorfeld

Die Befragten, die die Geriatrie vor der Verlegung noch nicht kannten, berichten von Unsicherheit und Skepsis, aber auch davon, dass der Aufenthalt für sie eine Chance darstellte, wieder zu Kräften zu kommen. Die inhaltlichen Vorstellungen reichten von einer Art „Pfle-geheim“ bis zu einer klassischen „Reha-Klinik“ mit entsprechend intensivem Programm.

Diejenigen, die die Geriatrie aus früheren Aufenthalten oder von Besuchen kannten, gingen mit deutlich positiveren Erwartungen in die Geriatrie. Hier herrschte lediglich die Angst vor, das Zimmer mit demenziell veränderten Menschen teilen zu müssen.

Wünsche hinsichtlich des Aufenthaltes

Alle Befragten haben den Wunsch, in der Geriatrie wieder so fit zu werden, dass sie nach Hause können. Sie wünschen sich gezielte Übungen zur Stabilisierung ihrer körperlichen Verfassung, um ihre gesundheitliche Situation wieder in den Griff zu bekommen und altersbedingte Einschränkungen bestmöglich zu beherrschen.

Alle Befragten äußerten sich sehr positiv über das Leistungsspektrum der Geriatrie. Die Therapieangebote seien mengenmäßig passend und individuell abgestimmt. Darüber hinaus äußerten einige Befragte, dass sie durch den Aufenthalt neuen Lebensmut bekommen hätten.

Positive Überraschungen

Übereinstimmend wurde betont, dass sich die Atmosphäre deutlich von anderen Stationen unterscheidet. Das gesamte Personal (Pflege, Therapie, Ärzt*innen, Reinigungskräfte, Hilfspersonal fürs Essen...) sei top: extrem freundlich, aufmerksam, motiviert, aufgeschlossen und hilfsbereit. Die Stimmung sei harmonisch und es werde auch gelacht.

Auch die Kommunikation zwischen Fachkräften und Patient*innen war besser als erwartet: Pflegekräfte und Ärzt*innen nehmen sich Zeit für Gespräche, wo immer es geht. Sie nehmen die Patient*innen und ihre Sorgen ernst, sprechen auf Augenhöhe mit ihnen und nicht nur mit Angehörigen über die älteren Menschen. Die Befragten betonen, dass sie das Gefühl haben, dass man sich individuell um die*den Einzelne*n kümmert. Bei Ankunft auf der Geriatrie wurden die Befragten persönlich mit Namen begrüßt und sehr gut über alles informiert. Sie konnten alles fragen und wurden mit ihren Ängsten ernst genommen.

Ebenfalls positiv überrascht waren viele Befragte, dass sie animiert werden, aufzustehen und sich zu trauen, wieder allein zu laufen. Auf

anderen Stationen fühlen sie sich eher nur versorgt, weil es weniger Arbeit macht.

Darüber hinaus wurde hervorgehoben, dass sich die Mitarbeitenden (und hier insbesondere der Sozialdienst) auch um die Zeit nach der Entlassung kümmern und einen Platz in der geriatrischen Tagesklinik besorgen, sich um notwendige Hilfsmittel kümmern und im Rahmen der familialen Pflege hinsichtlich der Versorgung im häuslichen Umfeld beraten.

Fazit

Die Befragung hat deutlich gemacht, dass insbesondere vor der Verlegung auf die Geriatrie Ängste und Unsicherheiten vorhanden sind. Viele Patient*innen kannten vor dem Aufenthalt das geriatrische Angebot der Klinik und das vorhandene Leistungsspektrum nicht.

Aus diesem Grund kommt der Aufklärung im Vorfeld besondere Bedeutung zu. Dabei geht es insbesondere darum, Sicherheit zu geben und den Patient*innen einen Eindruck davon zu vermitteln, was sie in der Geriatrie erwartet.

Im Rahmen des Projektes wurde ein Informationsfilm erstellt, der insbesondere auch auf die in der Erhebung artikulierten Punkte eingeht.

Uwe Eisermann / Jochen Laible

Patient*innenbefragung zum Ende der Erhebungsphase - CKU West

Für das 2. Quartal 2022 wurde eine Befragung von Patient*innen in der Geriatrie des Christlichen Klinikums Unna West geplant. Ziele der Befragung waren u.a. die Erfassung der Zufriedenheit mit Aufenthalt in der Geriatrie, mögliche Ängste oder Bedenken zum Aufenthalt und besondere Wünsche der Patienten*innen. Entwickelt wurde ein Fragebogen mit weitgehend offenen Fragen und der Erhebung statistischer Daten (Geschlecht, Alter, Verlegung aus welcher Abteilung/Krankenhaus, Aufnahmegrund). Darüber hinaus wurden der DEMMI-Score und der Barthel-Index jeweils bei Aufnahme und Entlassung erfasst, um den Verlauf von Mobilitäts- oder Funktionseinschränkungen während des Aufenthaltes zu dokumentieren. Die Geriatrie Depressionsskala (GDS) wurde einmal während des Aufenthaltes erhoben.

Die Patient*innen wurden vom Team der Geriatrie ausgewählt und an die Projektkoordination weitergeleitet. Ausgeschlossen waren Personen, die aufgrund kognitiver Einschränkungen nicht in der Lage waren, die gestellten Fragen schlüssig zu beantworten. Die Befragung erfolgte anonym, die Befragten erhielten eine fortlaufende Nummer, eine nachträgliche Identifizierung ist nicht mehr möglich.

Die Befragungen erfolgten nach Terminabsprache im persönlichen Gespräch mit dem Interviewer und fanden in den Nachmittagsstunden statt, da geplante Therapien zu diesem Zeitpunkt im Wesentlichen abgeschlossen waren. Interviewt wurden die Patient*innen entweder im Einzelzimmer oder in Aufenthaltsräumen, in Einzelfällen und auf ausdrücklichen Wunsche der Befragten, auch in Anwesenheit von Zimmernachbar*innen. Die Befragungen dauerten durchschnittlich etwa 30 Minuten. Im Zeitraum von Mitte Mai bis Mitte August wurden insgesamt 22 Patient*innen interviewt.

DEMMI-Score, Barthel-Index, Geriatrie Depressionsskala, Pflegegrad und Versorgungsstatus (gesetzlich oder privat versichert, welche Station) werden standardmäßig während des Aufenthaltes in der

Geriatric erhoben. Dokumentiert wurden die erhobenen Werte vom Sekretariat der Geriatrie.

Die Auswertung der Fragebögen erfolgte im Wesentlichen durch das RIF Institut für Forschung und Transfer e.V.

ZENTRALE DATEN

In der im Jahr 2022 geplanten und durchgeführten Evaluation wurden insgesamt 22 Patient*innen befragt, darunter 16 Frauen und sechs Männer. Das Durchschnittsalter der Patient*innen beträgt 82,9 Jahre (arithmetisches Mittel), die Spannweite 27 Jahre: die jüngste Patientin*der jüngste Patient war zum Zeitpunkt der Erhebung 70 Jahre alt, die älteste Patientin*der älteste Patient 97 Jahre. 17 Patient*innen wurden, bevor sie in ausgewählte Fachkliniken des Christlichen Krankenhauses Unna gekommen sind, in der Notaufnahme behandelt. Die Patient*innen haben die Behandlung in der Notaufnahme unterschiedlich empfunden, wobei die positiven Bewertungen deutlich überwiegen: während zwölf Patient*innen den Behandlung in der Notaufnahme positiv bewerten („gut“), beurteilen drei Patient*innen die Behandlung negativ („schlecht“). Fünf Patient*innen wurden vor ihrem Aufenthalt im Christlichen Krankenhaus Unna in anderen Krankenhäusern versorgt, drei Patient*innen im Mariannen-Hospital Werl, eine Patientin*ein Patient im St. Vincenz Krankenhaus Menden und eine Patientin*ein Patient im Marienkrankenhaus Soest. Von den drei Patient*innen, die vorab in anderen Häusern behandelt wurden, geben zehn an, dass sie, soweit sie sich erinnern, in der Chirurgie versorgt wurden. Fünf Patient*innen wurden in der Orthopädie versorgt, fünf weitere Patient*innen in anderen Fachabteilungen (Innere Medizin, Neurologie). Zur Fachabteilung für Geriatrie befragt, geben alle 22 befragten Patient*innen an, dass sie nicht direkt in die Fachabteilung für Geriatrie aufgenommen wurden. Elf der befragten Patient*innen haben keinen Pflegegrad, eine Patientin/ein Patient hat Pflegegrad eins, acht Patient*innen haben Pflegegrad zwei und zwei Patient*innen Pflegegrad drei. Eine Patientin/Ein Patient ist privat versichert und kann eine Chefarztbehandlung beanspruchen, fünf weitere Patient*innen, die allerdings gesetzlich versichert

sind, haben ebenfalls Anspruch auf eine derartige Behandlung. Außerdem waren zehn der befragten Patient*innen auf Station 4a, während die anderen zwölf Patient*innen auf Station 4c waren.

AUSWERTUNG, TEIL 1: OFFENE FRAGEN UND ANTWORTEN

Die Gründe für die Einweisung in das Christliche Krankenhaus Unna sind vielfältig, wobei orthopädische Gründe augenscheinlich die zentralen Gründe bilden. So geben sieben Patient*innen an, dass sie in häuslicher Umgebung gestürzt sind und nun orthopädisch versorgt werden müssen. Eine Patientin*ein Patient gibt an, dass sie*er in letzter Zeit insgesamt sechsmal aus unterschiedlichen Gründen in Krankenhäuser eingewiesen wurde. Eine andere Patientin*ein anderer Patient gibt an, dass sie*er Schmerzen nach dem Radfahren verspürte und anschließend orthopädisch versorgt (operiert) werden musste. Eine weitere Patientin*ein weiterer Patient erklärt, dass sie*er im Rahmen einer geplanten Behandlung eine Knie-Endoprothese erhalten habe. Weitere ausgewählte Gründe für die Einweisung ins Krankenhaus sind (andere) Frakturen (z. B. Wirbelsäule), „Erschöpfung“ und „allgemeine Befindlichkeit“.

Die Frage, wie die Patient*innen über den geplanten Aufenthalt in der Geriatrie informiert bzw. aufgeklärt worden sind, wird unterschiedlich beantwortet. Sechs Patient*innen geben an, dass sie keine Aufklärung erhalten haben, zehn Patient*innen haben sie erhalten. Von den sechs Patient*innen, die nicht aufgeklärt wurden, äußert eine Patientin*ein Patient, dass sie*er nicht wusste, warum sie*er in der Geriatrie war/ist. Eine weitere Patientin*ein weiterer Patient äußert, dass sie*er nicht wusste, dass es eine Geriatrie gibt und was Geriatrie bedeutet. Eine andere Patientin*ein anderer Patient wusste nicht, warum sie*er sich in der Geriatrie befindet. Eine der Patientinnen*einer der Patienten, die*der aufgeklärt wurden, gab an, dass sie*er bereits im Vorfeld über Aufenthalt und Ziele der Geriatrie informiert war. Dies dürfte aber darauf beruhen, dass seine Schwester seit vielen Jahren am Christlichen Klinikum West arbeitet. Eine andere Patientin/Ein andere Patient, die/der aufgeklärt wurde, äußerte, dass sie*er die Info erhalten habe, dass in der Abteilung „auf-

gebaut“ würde und viele Therapien durchgeführt werden. Die anderen Patient*innen, die eine Aufklärung erhalten haben, geben vier an, dass ihnen die Geriatrie vorher bekannt war.

Die Frage, wie die Patient*innen sich fühlten, als sie von der Verlegung in die Fachabteilung für Geriatrie erfahren haben, wird ebenfalls unterschiedlich beantwortet. So haben sich insgesamt acht Patient*innen sich auf den Aufenthalt gefreut, wobei eine Patientin*ein Patient sich die Verlegung gewünscht hat und als sinnvoll erachtet. Eine Patientin*ein Patient war sicher, dass ihr*ihm in der Geriatrie geholfen wird – sie*er hat sich vom Aufenthalt aber weitere Fortschritte erhofft. Darüber hinaus geben die Patient*innen, die sich auf den Aufenthalt gefreut haben, an, dass sie sich vom Aufenthalt/von der Versorgung eine höhere „Mobilisation“ und „Rehabilitation“ versprechen. Eine Patientin*ein Patient war unsicher, weil sie*er nicht wusste, was sie*ihn erwartet. Acht Patient*innen haben keine Vorstellungen bzw. beantworten diese Frage nicht.

Die Frage, wann die Patient*innen sich eine Verlegung in die Geriatrie gewünscht haben, nachdem sie in das Krankenhaus eingewiesen wurden, wird (fast) einheitlich beantwortet. Elf Patient*innen haben „keine Vorstellungen“, vier Patient*innen beantworten die Frage nicht („keine Aussage/Angabe“). Eine Patientin*ein Patient gibt an, dass die Verlegung bereits vor dem Aufenthalt gewünscht war, wobei ein früherer Aufenthalt in der Fachabteilung für Geriatrie angestrebt, aber abgelehnt wurde. Demgegenüber geben vier Patient*innen an, dass der Zeitpunkt der Verlegung genau richtig gewählt wurde.

In Bezug auf Bedenken vor der Übernahme in die Geriatrie äußert eine große Mehrheit der Patient*innen (19), dass sie keine Bedenken hat. Zwei Patient*innen geben an, sich sogar gefreut zu haben und eine weitere Patientin*ein weiterer Patient erläutert, dass sie*er erwartet, nach ihrer*seiner OP und dem Aufenthalt in der Orthopädie noch weiter aufgebaut und für die Entlassung nach Hause vorbereitet zu werden. Zwei Patient*innen geben jedoch auch an, dass sie nicht wussten, was auf sie zukommt und was in der Geriatrie passiert. Auf die Frage, was hilfreich wäre, um Bedenken abzubauen, antwortete lediglich eine Patientin*ein Patient, dass eine bessere Aufklärung, welche nicht erfolgt ist, hilfreich wäre. Zwei Patient*innen betonen

das im Vorfeld geführte Gespräch mit der Cheförztn, das sie sehr begrüßen.

Auf die Frage nach den Erwartungen an die Geriatrie geben die Patient*innen unterschiedliche Antworten. Acht Patient*innen geben an, keine bestimmten Vorstellungen und Erwartungen an die Geriatrie gehabt zu haben. Davon gibt eine Patientin*ein Patient an, dass sie*er lediglich wusste, dass ihre*seine Sturzneigung abgeklärt werden sollte. Neun Patient*innen hatten die Erwartung/Vorstellung, dass viele Therapien (i. w. S.) durchgeführt werden, die den Genesungsprozess verbessern. Von diesen neun Patient*innen hoffen vier, dass sie im Anschluss an den Aufenthalt im Krankenhaus wieder mehr Selbstständigkeit erlangen. Eine Patientin*ein Patient erwartet, dass sie*er richtig und „ganzheitlich“ untersucht wird, um die Ursachen zu erfahren, auf denen die Beschwerden beruhen. Darüber hinaus sollte die Medikamenteneinnahme geprüft und gegebenenfalls angepasst werden (z. B. im Hinblick auf Wechselwirkungen). Zuletzt gab eine weitere Patientin*ein weiterer Patient an, dass sie*er erwartet, dass ihr*ihm durch Therapien und Anwendungen weitergeholfen wird und dass sie*er im Anschluss noch eine Reha plant.

17 Patient*innen geben explizit an, dass sie sich während der Behandlung in der Geriatrie gut und sehr gut aufgehoben fühlen. Eine Patientin*ein Patient hebt das freundliche, empathische, zuvorkommende und kompetente Personal und die angemessenen Therapien hervor. Außerdem geben zehn Patient*innen an, dass sie Fortschritte erzielen und die Therapien helfen. Demgegenüber gibt eine Patientin*ein Patient an, dass die Schmerzen trotz der helfenden Therapien noch nicht wirklich „gut“ sind. Eine Patientin*ein Patient gibt an, zum Zeitpunkt der Befragung noch nicht viele Therapien gehabt zu haben. Eine Patientin*ein Patient hebt die medizinische Versorgung hervor, die sie*er als sehr umfangreich und gründlich erachtet.

Auf die Frage, was den Patient*innen während der Behandlung in der Geriatrie besonders gefällt, heben fast alle befragten Patient*innen an das Personal hervor (21 von 22). Das Personal (Pfleger*innen, Ärzt*innen und Therapeut*innen) wird als freundlich, empathisch, aufmerksam, zuvorkommend und hilfsbereit beschrieben. Außerdem wird die Stimmung auf der Abteilung, die räumliche und technische

Ausstattung, die Sauberkeit und die angebotene Vielzahl von Therapien gelobt. Eine Patientin*ein Patient gibt an, dass die Personalausstattung seiner Meinung nach ausreichend gut ist. Vier Patient*innen äußern sich darüber hinaus positiv zu den Therapien. Eine Patientin*ein Patient erachtet die Behandlung in der Geriatrie wortwörtlich als „super“, eine andere*ein anderer ist mit „dem Krankenhaus voll zufrieden“. Eine Patientin*ein Patient kann weder was Gutes noch was Schlechtes berichten, wobei im Interview der Eindruck entstanden ist, dass sie*er eher unzufrieden zu sein scheint.

Die Frage, was den Befragten während der Behandlung in der Geriatrie nicht gefallen hat, beantworten vier Patient*innen mit „nichts“ – oder anders: es gibt nichts, was ihnen nicht gefallen hat. Vier weitere Patient*innen sagen, dass sie sich über nichts beschweren können oder nichts zu berichten haben. Drei Patient*innen geben an, dass es beim Klingeln zu langen Wartezeiten kommt. Eine Patientin*ein Patient führt dies auf Personalmangel zurück, für welchen sie*er jedoch nicht den Pflegedienst selbst verantwortlich macht, sondern die allgemein schlechte Personallage und die Ausfälle aufgrund von Corona. Zwei Patient*innen gefällt das Essen nicht, wobei sie*er gleich eine Begründung vorschlägt („Großküche“), eine Patientin*ein Patient berichtet, dass das Personal gelegentlich überfordert zu sein scheint. Weitere Punkte, die vereinzelt genannt werden, betreffen die Räumlichkeiten (Einzelzimmer ohne eigene Nasszelle), die Prozesse („etwas unkoordiniert“) und das Personal (manchmal unfreundlich). Ferner wird von einer Patientin*einem Patienten angemerkt, dass sie*er sich wünsche, dass die Ärzt*innen sich mehr Zeit zur Aufklärung von Maßnahmen und Untersuchungen nehmen würden (hier muss jedoch angemerkt werden, dass die Patientin*der Patient schwerhörig ist, weshalb einiges wiederholt werden muss). Auf die Frage, welche weiteren Angebote sich die Patient*innen wünschen, antworten sechs Patient*innen, dass sie sich keine weiteren Angebote wünschen, da sie rundum zufrieden sind. Zehn weitere Patient*innen geben an, dass sie diesbezüglich keine Vorstellungen haben. Dies ist – mit einiger Vorsicht – durchaus positiv zu bewerten. Eine Patientin*ein Patient wünscht sich mehr Abwechslung gegen Langeweile. Diesbezüglich hat sie*er jedoch keine konkreten Vorstellungen oder Vorschläge. Eine weitere Patientin*ein weiterer Patient

gibt an, dass ihr*ihm ihre*seine Familie fehlt. Sie*er hat keine Möglichkeit, per Videotelefonie mit ihrer*seiner Familie zu sprechen, da sie*er kein eigenes Smartphone hat. Eine Patientin*ein Patient wünscht sich, dass sie*er häufiger Entspannungsmassage bekommt. Zuletzt gibt eine Patientin*ein Patient an, dass sie*er sich mehr Personal wünschen würde.

AUSWERTUNG, TEIL 2: SCORE, INDEX, SKALA

Auch die Diagnosen der Patient*innen sind vielfältig und werden in folgender Tabelle aufgelistet. Außerdem wurden die Patient*innen anhand des DEMMI Scores, des Barthel Index und der Geriatriischen Depressionsskala (GDS) bewertet. Diese Werte können ebenfalls der Tabelle entnommen werden.

Die Erfassung des DEMMI Scores und des Barthel Index erfolgte jeweils einmal zum Zeitpunkt der Aufnahme und einmal zum Zeitpunkt der Entlassung. Bezüglich des DEMMI Scores und des Barthel Index bedeutet ein höherer Punktwert eine bessere Mobilität und Selbstständigkeit. Die Werte können zwischen 0 und 100 liegen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass beide Werte bei jedem Patienten*jeder Patientin bei der Entlassung besser ausfielen als bei der Aufnahme. Somit lässt sich in Bezug auf die Mobilität und die Selbstständigkeit ein Erfolg der Behandlung vermuten.

Die Geriatriische Depressionsskala wird mit 0 bis 15 Punkten bewertet. Dabei deuten 0 bis 5 Punkte darauf hin, dass die Patientin*der Patient unauffällig ist. Bei 5 bis 10 Punkten kann eine leichte bis mäßige Depression vorliegen. 10 bis 15 Punkte können auf eine schwere Depression hinweisen. Insgesamt liegt bei 18 von 22 Patient*innen kein Hinweis auf eine Depression vor. Bei zwei Patient*innen liegt möglicherweise eine leichte bis mäßige Depression vor, bei zwei weiteren Patient*innen möglicherweise eine schwere Depression.

ABSCHLIESSENDE BEURTEILUNG UND EMPFEHLUNGEN

Zusammenfassend betrachtet, sind die Patient*innen mit der Behandlung in der Geriatrie zufrieden bis sehr zufrieden. Sie bewerten vor allem das Personal, aber auch die eigentliche Versorgung sehr positiv. So wird das Personal von fast allen Patient*innen (95 %) als

freundlich, menschlich, empathisch und/oder kompetent bezeichnet. Positive Stimmen gibt es darüber hinaus zur Atmosphäre, zur räumlichen und technischen Ausstattung und zur Sauberkeit. Für die ausgeprägte Zufriedenheit spricht auch die Tatsache, dass etwa ein Drittel der Patient*innen (36 %) bei der Frage, was ihnen nicht gefallen hat, nichts angibt („nichts“, „nichts zu berichten“, „nicht beschweren“) und fast drei Viertel der Patient*innen (73 %) keine Wünsche oder Anregungen für weitere Angebote äußert.

Ein Punkt, der verbessert werden könnte, ist die Aufklärung über den Aufenthalt in der Fachabteilung für Geriatrie. So wurden einige Patient*innen über ihren Aufenthalt eigenen Angaben zufolge nicht oder nur sehr eingeschränkt aufgeklärt. Folglich ist zu empfehlen, dass diese Aufklärung zukünftig eingerichtet wird, wobei den Verfassern des Berichts bewusst ist, dass eine derartige Maßnahme einigen Aufwand erfordert.

FAZIT

Die Fachabteilung für Geriatrie befindet sich, so vorsichtig die Ergebnisse der Erhebung auch behandelt werden müssen, augenscheinlich auf einem sehr guten Kurs. Sie sollte auch zukünftig auf ihre großen Stärken – Personal, Stimmung, Versorgung, teilweise Ausstattung – setzen und diese, wenn erforderlich/möglich, noch weiter verbessern.

Magdalene Bender

Angehörigenbefragung zum Ende der Erhebungsphase - Marienkrankenhaus Schwerte

Die Angehörigenbefragung (n= 10) des Marienkrankenhauses Schwerte wurde mit Angehörigen drei verschiedener Stationen durchgeführt. Dabei fungierte das Krankenhaus als Gatekeeper, da die Angehörigen von Mitarbeitenden der Stationen bzw. vom Sozialdienst informiert wurden und diesen ihre Einwilligung der Weitergabe der Telefondaten gaben.

Die meisten Patient*innen der Angehörigen waren zum Zeitpunkt der Befragung kurz vor der Entlassung (drei) oder bereits entlassen (sechs). Die Patient*innen kamen zuvor zum kleineren Teil aus anderen Kliniken, zumeist aus der Schwesterklinik Goethestraße (sieben).

Entscheidungsfindung

Bei der Entscheidungsfindung für den geriatrischen Aufenthalt gab es bei drei Angehörigen wenig Einbindung durch die Klinik, die*der Patient*in habe selbst entschieden. Zwei gaben an, dass sie von den Patient*innen um Rat gefragt wurden und darauffolgend von Ärzt*innen oder Pflegekräften beraten wurden. Drei Angehörige gaben an, durch den Sozialen Dienst informiert und beraten worden zu sein. Eine Angehörige forcierte den geriatrischen Aufenthalt auf eigenen Wunsch, da sie mit der Empfehlung der Kurzzeitpflege des vorbehandelnden Krankenhauses nicht einverstanden war.

Informationswege/Informationsstand

Die Informationen über die Geriatrie holten sich die Angehörigen über verschiedene Wege. Teilweise bestand bereits Vorwissen aus eigenem beruflichen Wissen oder Vorerfahrungen aufgrund des zweiten Aufenthalts oder Vorerfahrungen von anderen Familienangehörigen oder Bekannten. Andere gaben an, sich durch Informationen durch den Hausarzt bzw. die Hausärztin, das Internet (zwei Nennungen) oder durch allgemeine Medien informiert zu haben. Zwei Befragte gaben an, dass sie keine Vorinformationen bekamen, eine*r davon hatte gar keinen Kontakt zur Klinik. Bei einer*m Angehörigen

hat der Sozialdienst aufgeklärt, ein*e Angehörige*r gab an, dass der Sozialdienst für Fragen zur Verfügung stand.

Vier Angehörige gaben an, dass sie sich vor dem Aufenthalt nicht gut informiert fühlten. Zwei fühlten sich durch das Internet informiert, vier befragte Personen durch den Sozialen Dienst bzw. durch die eigene Initiative. Eine Person fühlte sich durch die Pflegekräfte gut informiert und eine weitere durch die Vorerfahrungen bzw. die Empfehlung.

Auf die Frage, in welcher Form sich die Angehörigen mehr Informationen gewünscht hätten, gaben drei Befragte ein Telefonat mit der Ärztin oder dem Arzt an, wovon ein*e Angehörige*r selbst nach der Bitte um Rückruf diesen nicht erhalten habe. Eine Antwort war, dass ein Flyer besonders für die Patient*innen hilfreich sei. Zwei gaben als Wunsch für die Angehörigen Flyer oder Check-/ Packlisten an. Ein*e Angehörige*r äußerte den Wunsch nach spezifischerem Wissen z. B. nach dem Bewegungsangebot oder dem therapeutischen Ansatz.

Zeitpunkt der Verlegung

Auf die Frage nach dem Wunsch für eine frühere Verlegung auf die Geriatrie antworteten zwei Befragte ja, da sie sich die Mobilisierung der Patient*innen eher gewünscht hätten und die Wundversorgung dort sogar besser eingeschätzt wurde. Fünf Angehörige antworteten mit nein, drei gaben an, dass dies zuvor nicht möglich gewesen sei, einmal aus Corona Quarantäne Bedingungen. Eine befragte Person betonte die gute Zusammenarbeit der Krankenhäuser im Rahmen der Verlegung.

Wünsche und Erwartungen an den Geriatrieaufenthalt

Auf die Frage nach den Wünschen für den Geriatrieaufenthalt gaben sieben an, dass sie sich mehr Mobilität für ihre Angehörigen wünschten, begleitet von „aufgepäppelt werden, zu Kräften kommen, ermutigt werden, sportlich aktiv zu werden. Ein*e Angehörige*r benannte den Wunsch, die Patient*innen über einen klareren Ablauf zu informieren und benannte das Beispiel, dass am ersten Tag lediglich die Tasche ausgepackt werde und der Behandlungsstart später beginne. Ein Wunsch wurde formuliert, dass die Patient*innen weniger „Ent-

mündigung“ erfahren. Er*sie erklärte dies mit der Informationsweitergabe, die ausschließlich an die*den Angehörige*n erfolgte, der*die Patient*in habe die wichtigen Informationen aber selbst nicht erhalten. Der Wunsch nach der Verantwortlichkeit der Klinik, die Patient*innen eigenständig zu informieren, und dies nicht den Angehörigen zu überlassen, wurde klar formuliert. Eine befragte Person benannte den Wunsch nach mehr Austausch, Kontakt und Aufklärung.

Insgesamt sind die Erwartungen der Angehörigen und der Patient*innen voll und ganz erfüllt worden. Die Mobilität wurde gegeben, die Patient*innen sind zufrieden (vier Nennungen), besonders mit der Pflege und den Physiotherapeut*innen. Insgesamt herrsche ein zugewandter Umgang, die Patient*innen stünden im Mittelpunkt.

Ängste und Vorbehalte

Beim Thema Ängste und Vorbehalte äußerten acht der befragten Angehörigen keine Ängste gegenüber der Geriatrie, sondern eher über den Verlauf nach der Beendigung der Behandlung. Ein*e Angehörige*r teilte Ängste mit, die aber eher einer grundsätzlichen Angst der Patientin bzw. des Patienten vor neuen Situationen entsprach. Eine Angst wurde aufgrund einer Vorerfahrung benannt, während des Geriatrieaufenthalts „sei nichts passiert“.

Die Frage nach hilfreichen Angeboten des Angstabbaus beantworteten die Angehörigen mit den eigens erzielten Erfolgen der Patient*innen und einem psychologischen Angebot während des Aufenthalts. Nach dem Aufenthalt habe sich die Physiotherapie und die familiäre Pflege als hilfreich dargestellt.

Bewertung des Aufenthaltes

Die Angehörigen wurden gefragt, ob sich ihre Angehörigen in der Geriatrie wohl gefühlt haben. Die Antworten fielen in den meisten Fällen positiv aus:

- Absolut, super zufrieden, gut aufgeklärt, Feedback über Entwicklung bekommen, Gespräch mit Dr. Vahle
- Ja, auf jeden Fall; eine Schwester sei unfreundlich
- Sozialdienst hat eine Anschluss-Reha gefunden

- Ja, allein auf dem Zimmer gelegen
- Gut gefühlt, sportlich fitter, es wurde sich gut gekümmert
- Ja, Patient*in hat sich ernst genommen gefühlt, aber: realistische Einschätzung fehlt aufgrund von Lob, ein Vergleich wäre besser gewesen
- Wenig Infos über den weiteren Verlauf, Wunsch nach anderem Zimmer aufgrund von Schwierigkeiten mit der*dem Zimmerpartner*in
- Ja, die Anwendungen sind gut, es wird sich gekümmert
- Ja, Patient*innen und Angehörige zufrieden
- Bis auf das Essen

Ebenso äußerten sich die meisten Befragten positiv auf die Frage, was das Geriatrie Team machen könnte, damit sich die Patient*innen noch wohler fühlen würden. Dabei wurden einige Dinge benannt, die positiv aufgefallen sind wie zum Beispiel Besuch und Beratung zuhause, Unterstützung bei der Suche nach Physiotherapie oder Übungen, die nach dem Aufenthalt für Mobilisierung sorgten. Ebenso dankbar äußerten sich die Angehörigen über Hilfe bei Anträgen und organisierte Krankenfahrten. Ein*e Angehörige*r berichtete von Schwierigkeiten mit einer dementen Zimmerpartnerin und der Essensauswahl. Als sich die Patient*in darüber beklagte, wurde ihr von einer Pflegekraft der Satz „merkt ja eh keiner...“ entgegengebracht. Eine befragte Person beurteilte den Geriatrie Aufenthalt so, dass keine Steigerung möglich sei, die*der Patient*in sei herzlich aufgenommen worden. Konkrete Angebotswünsche gab es von den befragten Angehörigen nicht.

Martina Böhmer

Traumasesensible und gendergerechte Interviewführung mit geriatrischen Patient*innen

In der Notwendigkeit eines Aufenthaltes in einer Klinik oder einer Altenpflegeeinrichtung ist durch den entsprechenden Krankheitszustand und die Pflege- und Hilfebedürftigkeit von älteren Menschen davon auszugehen, dass sie sich in einer belastenden und zumindest teilweisen Ohnmachtssituation befinden. Dies kann sie an frühere Belastungen / Traumata / Ohnmachtssituationen erinnern und entsprechende Reaktionen hervorrufen. Daher geht es darum, dass die Rahmenbedingungen in der Versorgung, aber auch in einer Befragung, so sicher und selbstbestimmt wie möglich gestaltet werden, um weder neue Belastungen / Ohnmachtssituationen oder gar Traumata zu verursachen noch an alte zu erinnern.

Im Rahmen des Projektes „Zukunft Geriatrie vernetzt und digital“ werden geriatrische Patient*innen nach ihrer Bereitschaft zu einem Interview über den Aufenthalt und den Erfolg der Behandlung nach ca. 6 Wochen in ihrem Zuhause angefragt.

In der Arbeit mit alten Menschen stellt sich immer wieder heraus, dass sie sich u. U. trotz einer einmal gegebenen Zusage aus Höflichkeit oder sonstigen Gründen nicht trauen, diese Zusage zurückzunehmen. Auch ist zu bedenken, dass sie sich im Krankenhaus in einer Stress-Situation befunden haben und sich möglicherweise auch nicht mehr an den Sinn und Zweck und die jeweilige Person, die sich bei ihnen angemeldet hat, erinnern können. So sollte vor dem vereinbarten Termin noch einmal nach dem Einverständnis so nachgefragt werden, dass den älteren Menschen vermittelt wird, dass sie Ihre Zusage ohne Begründung zurücknehmen können und dürfen, ohne dass es Folgen für sie hat.

Die Interviewer*innen werden u. U. mit belastenden Situationen, Reaktionen und Geschichten und auch mit einem möglicherweise als belastend erlebten häuslichen Umfeld, Einsamkeit und Lebensweise konfrontiert. Daher ist es wichtig, dass sich Interviewer*innen bewusst machen, dass ein Interview im häuslichen Umfeld von alten Menschen auch für sie selbst belastend sein kann und sie vielleicht

mit eigenen belastenden Geschichten / Gegebenheiten konfrontiert werden. Zudem geht die*der Interviewer*in in ein ihr*ihm fremdes Umfeld und in der Vorbereitung sollte auch dazu die eigene Sicherheit abgeklärt werden.

Vorbereitung des Interviews für Interviewer*innen

- Habe ich Strategien zur Bewältigung belastender Situationen, die im Gespräch mit den zu Interviewenden auftreten können? Für mich, wie auch für die*den Interviewpartner*in?
- Bin ich mir darüber bewusst, dass es zu belastenden Situationen für mich und für meine Interviewpartner*innen kommen kann?
- Fühle ich mich sicher und vorbereitet, um zu fremden Menschen in ihr mir fremdes häusliches Umfeld zu gehen?
- Habe ich Fragen, die ich zu meiner Sicherheit vorab klären sollte? Gibt es Gegebenheiten, nach denen ich einen Besuch für mich ausschließen muss (z. B. Hunde, weitere Mitbewohner*innen, Barrieren, ...) und besser ein Interview per Telefon oder online oder zu zweit führen sollte?
- Welche Vorbereitung und Unterstützung brauche ich für mich?
- Woher bekomme ich die?

Es macht Sinn, sich vorab eine Beratung und / oder Informationen von unterstützenden Methoden für sich selbst einzuholen, die helfen, sich eine innerliche Distanz / eine Entlastung von womöglich belastendem Gehörten und Erlebten zu verschaffen.

Es ist zudem davon auszugehen, dass Interviewpartner*innen durch Fragen nach ihrem gesundheitlichen Zustand und / oder der Möglichkeit, einer*m Gesprächspartner*in ihre (Lebens-) Geschichten zu erzählen, selbst in belastende Gefühle und Geschichten geraten. Interviewer*innen sollten daher zwingend Methoden kennen, um die interviewte Person ggfls. stoppen und auch wieder entlasten zu können.

Auch sind in allen Ansprache- und Interviewkonzepten zum Teil unterschiedliche geschlechtsspezifische Zugänge und Bedürfnisse von

Frauen und Männern zu berücksichtigen - ohne in Klischees zu verfallen.

Und Menschen mit Zuwanderungsgeschichte - insbesondere betrifft dies Frauen aus der Generation der ersten Zuwanderung nach Deutschland - haben häufig die deutsche Sprache gar nicht oder nur sehr geringfügig erlernt. Frauen sind meist ihren Ehemännern gefolgt, hatten häufig keine eigenen Arbeitsverhältnisse und daher selbst kaum Austausch mit deutschen Arbeitskolleg*innen. Gerade ältere Menschen und Menschen mit einer Demenzerkrankung „vergessen“ ihre erlernten Deutschkenntnisse u. U. Auch wenn es um intime und schambehaftete Themen geht (wie z. B. auch eine Erkrankung und Hilfebedürftigkeit), fühlen sich viele, auch die, die es gewohnt sind deutsch zu sprechen, häufig in ihrer Muttersprache wohler.

Vorbereitung des Interviews

- Professionelle Sprachmittlung anbieten und einplanen (eher nicht durch Angehörige sprachmitteln lassen)
- Vorab klären, ob die*der Interviewpartner*in eine Vertrauensperson dabei haben möchte und entsprechende Terminabklärung
- Interviewfragen vorab zur Kenntnis geben / zuschicken

Bei Interviews mit - insbesondere alten - Menschen in ihrem Zuhause ist es wichtig, auf gleich-geschlechtliche Interviewpartner*innen zu achten. Meist fühlen sich ältere Frauen mit weiblichen Personen sicherer in ihrer Wohnung, auch wenn sie dies - oft aus Höflichkeit - einem Mann gegenüber nicht sagen. Begründet ist dies sowohl in ihren Lebenserfahrungen, die häufig durch männliche Gewalterlebnisse geprägt sind, und sonstigen Ängsten als auch im Erzählen persönlicher Dinge. Mitunter ist es aber auch für ältere Männer einfacher, über ihre Hilfebedürftigkeit oder über ihre körperlichen Zustände mit Frauen zu sprechen. Das muss also zwingend vorab besprochen und geklärt werden.

Interviewbeginn und Durchführung

- Den Interviewpartner*innen die eigene Funktion deutlich machen - Vorbehalte oder mögliche Ängste und Sorgen klären, sich und das eigene Anliegen vorstellen
- Hinweis auf Vertraulichkeit, Anonymisierung oder nicht und Datenschutz
- Ziele, Inhalte und Verwendung des Interviews am Anfang (noch einmal) erklären
- Erklären, dass die*der Interviewte jederzeit Fragen stellen kann, wenn sie*er nicht (mehr) sicher ist, was das Ziel der Frage oder des gesamten Interviews ist
- Vorab klären, ob es Themen gibt, über die im Interview nicht gesprochen werden soll
- Sensibel darauf achten, wenn Fragen nicht beantwortet werden (wollen)
- Erklären, dass das Interview jederzeit unterbrochen werden und die zu interviewende Person jederzeit aufstehen und sich bewegen kann, wenn ihr danach ist
- Ein Zeitlimit setzen und kommunizieren, wie lange das Interview voraussichtlich dauert
- Möglichen Redefluss unterbrechen und auf die veranschlagte Zeit hinweisen

Interviewabschluss

- Interviewte Person fragen, ob sie noch Fragen hat
- Das Mitgeschriebene zeigen und / oder vorlesen
- Erklärung der nächsten Schritte und wozu das Interview nun verwendet wird
- Nochmaliger Hinweis auf Freiwilligkeit der Teilnahme und Widerrufsrecht
- Verweis auf Melde-/Beschwerdesystem der Organisation
- Erneuter Hinweis auf Vertraulichkeit, Anonymisierung oder nicht und Datenschutz



- Ansprechbar bleiben oder weitere Verbindungen herstellen / weitervermitteln, sollte es noch weitere Fragen geben
- Telefonisches Nachfragen am nächsten Tag anbieten mit der Frage zur Befindlichkeit und ggfls. Adressen von externen Hilfs- und Unterstützungsangeboten / Anlaufstellen geben / vermitteln

Selbstfürsorge

- Nachspüren, ob das Gespräch, die erfahrenen Themen und Inhalte, die Situation des häuslichen Umfeldes und der Lebenssituation oder / und möglicherweise fehlende Unterstützung der interviewten Person für mich belastend waren
- Unterstützung für mich selbst in Form von kollegialem Austausch und / oder Supervision in Anspruch nehmen, Techniken und Methoden zur Stressreduzierung anwenden
- Handlungsmöglichkeiten für sich und die*den Interviewpartner*in eruieren





Technologische Analysen



Uwe Eisermann

Einführung in die Evaluationen

EINLEITUNG

Im Rahmen der oben beschriebenen Befragung der Mitarbeiter*innen wird ebenfalls die Zielgröße der Digitalisierung berücksichtigt, um genauer auf die Weiterentwicklung im Hinblick auf die Digitalisierung eingehen zu können. Die Zielgröße Digitalisierung betrifft die Haltung der Mitarbeiter*innen zur digitalen Transformation. Sie wird erhoben, indem die Mitarbeiter*innen u. a. zu ihren Assoziationen mit der Digitalisierung, den Einflussfaktoren der Digitalisierung (günstige/ungünstige Bedingungen) und den Treibern der Digitalisierung (günstige/begünstigende/beschleunigende Faktoren) befragt werden. Darüber hinaus erhalten die Mitarbeiter*innen die Möglichkeit, weitere Aspekte, die sie mit der Digitalisierung/digitalen Transformation verbinden, anzugeben.

Auch bezogen auf diese Zielgröße sollen Handlungs-/ Gestaltungsempfehlungen für die Einrichtungen und die Konsortialpartner abgeleitet werden. Im Fall der Einrichtungen werden dies voraussichtlich Empfehlungen zur (weiteren) Digitalisierung, zur Kommunikation und zur alternativen Verwendung vorhandener Konzepte und Instrumente sein. Im Fall der Konsortialpartner werden es Empfehlungen zur Gestaltung der digitalen Organisations- und Personalentwicklungsinstrumente und zur Erarbeitung transferfähiger Instrumente sein. Darüber hinaus könnten sich aus den Erhebungen weitere Empfehlungen für die Konsortialpartner ergeben.

PLANUNG DER EVALUATION

Die Planung der Evaluation wird in Kapitel 3.a. genau beschrieben. Außerdem wird für die Erhebung A der in Kapitel 3.a. beschriebene Erhebungsgegenstand der Technologien erweitert um Verbesserung der Kommunikation mittels weiterer/neuer Technologien.

Ergänzend zu den oben beschriebenen Evaluationsfragestellungen werden im Rahmen der Erhebung auch folgende Erhebungsfragestellungen formuliert.

- Was verbinden die Mitarbeiter*innen der Einrichtungen mit der Digitalisierung (Assoziationen)?
- Welche weiteren Technologien, Systeme, Instrumente sollten zur Verbesserung der Kommunikation, Organisation (...) eingesetzt werden?

Außerdem werden ergänzend für Erhebung A folgende Evaluationsziele aufgestellt:

- Explorative Erhebung ausgewählter Charakteristika der Zielgröße Digitalisierung (Assoziationen, Rahmenbedingungen, Treiber)
- Explorative Erhebung von Bedarfen an weiteren Technologien, Systemen, Instrumenten (im Hinblick auf eine Verbesserung der Versorgungsqualität)
- Vergleichende Betrachtung der Ergebnisse/der Einrichtungen (soweit möglich)
- Ableitung von Handlungs-/Gestaltungsempfehlungen (soweit möglich)

DURCHFÜHRUNG DER EVALUATION

Die exakte Evaluationsdurchführung wird im Rahmen der sozialwissenschaftlichen Analysen beschrieben. Allerdings wird der Leitfaden, das Datenerhebungsinstrument, der Erhebung A um drei Fragen in der Dimension Digitalisierung ergänzt. Darüber hinaus können in den Interviews situativ weitere Fragen gestellt werden, beispielsweise Fragen nach den Anforderungen/Wünschen („Welche weiteren Systeme, Applikationen wünschen Sie sich?“, „Welche Geräte benötigen Sie zur Verbesserung / Vereinfachung der Arbeitsabläufe und Aufgaben?“).

Jochen Laible

Digitale Ausgangssituation in den beteiligten Einrichtungen

ERHEBUNG IT-INFRASTRUKTUR DER EINRICHTUNGEN IM GERIATRIEVERBUND KREIS UNNA UND ASSOZIIERTER PARTNER*INNEN

Systeme zur Datenverarbeitung in Kliniken dienen der Erfassung, Bearbeitung und Weitergabe von medizinischen, klinischen sowie administrativen Daten innerhalb eines Krankenhauses und werden unter dem Begriff Krankenhausinformationssystem (KIS) zusammengefasst. So stellt das KIS eine Art Komplettpaket für die Digitalisierung von Krankenhäusern dar.

Die beteiligten Einrichtungen im Geriatrieverbund Unna nutzen unterschiedliche Krankenhausinformationssysteme. Die KIS-Systeme können nicht ohne Weiteres miteinander kommunizieren, es müssten u.U. aufwändig Schnittstellen eingerichtet werden. Im Klinikum Lünen/Werne wird das System iMEDOne genutzt, in Schwerte Cerner medico und in den LWL-Kliniken NEXUS/KIS. Im Ev. Krankenhaus Unna wurde bis zum Ende des Jahres 2020 das System ClinicCentre eingesetzt und im Mariannen-Hospital Werl das System ORBIS. Mit der Fusion des Ev. Krankenhauses Unna (jetzt CKU West) mit dem Katharinen-Hospital Unna (jetzt CKU Mitte) zum Christlichen Klinikum Unna im November 2020, wurde zum Jahreswechsel 2020/2021 auch das Krankenhausinformationssystem vereinheitlicht. Mit der Zugehörigkeit zum Katholischen Hospitalverbund Hellweg nutzen jetzt beide Standorte das System ORBIS (wie alle zum Verbund gehörenden klinischen Einrichtungen).

Im CKU West und im Mariannen-Hospital Werl wird darüber hinaus die spezielle Geriatrie-Software GERDA eingesetzt, mit entsprechenden Schnittstellen zum KIS.

Die assoziierten Partner*innen im Geriatrieverbund (ambulante und stationäre Einrichtungen der Altenhilfe, niedergelassene Mediziner*innen) verwenden jeweils einrichtungsspezifische Dokumentations- und Abrechnungssysteme.

Für die im Projekt angestrebte Digitalisierung wünschen sich alle bisher Beteiligten (Geriatriverbund, Lenkungskreis, Arbeitsgruppen) keine Entwicklung und Einführung neuer Software und keine Einrichtung von Schnittstellen zu den eingesetzten KIS-Systemen. Vielmehr soll auf bereits entwickelte und etablierte Produkte zugegriffen werden, die ohne großen zeitlichen und technischen Aufwand eingesetzt werden können und möglichst einfach in der Handhabung zu nutzen sind. Die entsprechende Recherche und Bewertung werden über den eingerichteten IT-Arbeitskreis der beteiligten Einrichtungen erfolgen.

IT-ARBEITSKREIS GERIATRIEVERBUND KREIS UNNA

Auf Initiative der IT-Leitung des CKU West haben sich im Dezember 2020 die IT-Leiter*innen der beteiligten Einrichtungen erstmalig zu einem virtuellen Arbeitstreffen verabredet. Vertreten waren die verantwortlichen Mitarbeiter*innen des Klinikums Lünen/Werne, der LWL-Klinik Dortmund, des Marienkrankenhauses Schwerte, des CKU West und der Firma solvecon gmbh.

Vorgestellt wurden vier Produkte zu Kommunikationslösungen mittels Produktsteckbrief:

- RED connect und CGM Elvi. Hierbei handelt es sich um Anwendungen, die eine Videosprechstunde/Videokonferenz ermöglichen.
- Doctolib, Terminverwaltungssoftware mit der Möglichkeit zur Videosprechstunde.
- Siilo, Messenger-Dienst. APP zur datenschutzkonformen Anwendung für Nachrichten und Diskussionen im Gesundheitswesen, mit der Möglichkeit anonymisierte Befunde (Röntgenbilder, EKG etc.) zu übermitteln.

Erfahrungen/Eindrücke zu den jeweiligen Anwendungen sollen von den beteiligten Abteilungen gesammelt und als Feedback zur nächsten Arbeitskreis-Sitzung eingebracht werden. Man einigte sich auf ein Tagungsintervall einmal im Quartal.

Durch die Fusionen der beteiligten Krankenhäuser, die Umstrukturierung der IT-Abteilungen und personelle Veränderungen hat sich der IT-Arbeitskreis in der ursprünglich geplanten Zusammensetzung

nicht mehr getroffen. Eine Befragung der IT-Verantwortlichen erbrachte das Ergebnis, dass die verbundweite Einführung eines einheitlichen Kommunikationstools derzeit und zukünftig nicht sinnvoll sei. Aufgrund der Zusammenschlüsse der Kliniken seien einzelne Krankenhäuser in ihrer Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt. Darüber hinaus werden durch das Krankenhaus-Zukunfts-Gesetz (KHZG) zukünftig digitale Lösungen zur Kommunikation innerhalb der Krankenhäuser und der Kliniken untereinander gesetzlich geregelt. Sinnvoll wäre der Aufbau eines webbasierten Informations- und Kommunikationsportals für Fachkräfte im Verbund und auch für Patienten*innen und Angehörige. Hier könnten vielfältige Informationen zur Geriatrie eingestellt und Möglichkeiten zur virtuellen Kommunikation geschaffen werden (portal.zukunft-geriatrie.de).

EINSATZ ANGESCHAFFTER PROJEKT-TABLETS

Insbesondere zur Nutzung der von der Firma solvecon gmbh entwickelten Rückmelde- und Befragungstools wurden insgesamt 10 Tablets aus Projektmitteln beschafft. Aufgrund der Kontaktbeschränkungen im Rahmen der Corona-Pandemie und der Absage von Präsenztreffen mit den Arbeitsgruppen wurden die Tablets kurzfristig für die Durchführung von Videokonferenzen eingesetzt. Bis Ende 2020 wurden jeweils zwei Tablets im CKU West, im Marienkrankenhaus Schwerte und im Mariannen-Hospital in Werl Teilnehmer*innen der Arbeitsgruppen ausgehändigt. Das St.-Marien-Hospital in Lünen erhielt ein Tablet.

Bei der Auslieferung wurden die Nutzer*innen in die Handhabung der Tablets eingewiesen. Außerdem wurde eine schriftliche Anleitung ausgehändigt.

Während der virtuellen Sitzungen ergaben sich anfangs zum Teil erhebliche technische Schwierigkeiten, so dass zu Beginn der virtuellen Treffen sogar einzelne Arbeitsgruppensitzungen abgebrochen werden mussten. Die Probleme bezogen sich auf:

- Instabiles WLAN-Netz
- Schwierigkeiten mit unterschiedlichen Videokommunikations-
tools (u.a. Jitsi meet, Microsoft Teams, Zoom)
- unzureichende Video- oder Mikrofonkapazitäten

Nachdem sich eine gewisse Routine hinsichtlich der Handhabung eingespielt hatte und eine entsprechende Anzahl von Headsets angeschafft wurde, konnten weitere Sitzungen problemlos durchgeführt werden.

Uwe Eisermann / Lara Wagener

Befragung Fachkräfte zum Thema Digitalisierung

Die folgenden Ausführungen beinhalten in Kürze die Ergebnisse der Evaluation systematisiert nach den Items/Punkten Digitalisierung – Status quo und Digitalisierung – Perspektiven.

ITEM/DIMENSION: DIGITALISIERUNG – STATUS QUO

Die Digitalisierung wird von den Mitarbeiter*innen der beteiligten Einrichtungen sehr unterschiedlich beurteilt. Viele Mitarbeiter*innen haben sehr positive Assoziationen (z. B. „Arbeitsvereinfachung“, „Ressourcenersparnis“, „Transparenz“), aber auch negative Assoziationen (z. B. „unpersönlich“). Sie verbinden mit der Digitalisierung u. a. Systeme für den Austausch mit unterschiedlichen Zielgruppen und das „papierlose Krankenhaus“ und verstehen darunter u. a. eine Vereinfachung der Kommunikation und eine Verringerung der Arbeitszeit („Arbeitsersparnis“). Faktoren, die die (weitere) Digitalisierung in den Einrichtungen begrenzen, sind aus Sicht der Mitarbeiter*innen u. a. alte/ältere, unzuverlässige Geräte, fehlende finanzielle Ressourcen („Budgets“) und fehlende personelle Ressourcen („Personal“). Faktoren, die die (weitere) Digitalisierung in den Einrichtungen begünstigen („Treiber der Digitalisierung“), sind nach Angaben der Mitarbeiter*innen die Mitarbeiter*innen selbst und die IT-Abteilungen. Letztere bieten i. d. R. eine angemessene Unterstützung, wobei die Mitarbeiter*innen darum bitten, dass Systeme vor der Beschaffung zunächst von den Anwender*innen getestet werden.

ITEM/DIMENSION: DIGITALISIERUNG – PERSPEKTIVEN

Die Anregungen der Mitarbeiter*innen sind vielfältig. Die große Mehrzahl der Mitarbeiter*innen wünscht sich ein Informationssystem oder Informations- und Kommunikationssystem (Zielgruppen: Patient*innen, Kolleg*innen, Angehörige, andere Leistungserbringer*innen im Gesundheitswesen) mit vielfältigen Funktionen für den Austausch und für die Anregung, Entspannung und Veranschaulichung (Auswahl). Einige Mitarbeiter*innen wünschen sich darüber hinaus ein Schulungssystem, das insbesondere neuen Mitarbeiter*innen Informationen

über Standards, Programme und Geräte (bevorzugt mittels Videounterstützung) bietet, ein Check-in-System, das den Zugang zur Einrichtung und gegebenenfalls zur Abteilung vereinfacht, ein mobiles Dokumentationssystem, ein Test-/ Evaluationssystem und eine E-Akte (digitale Patientenakte i. w. S.). Überdies regen einige Mitarbeiter*innen an, die Homepage der Einrichtung um Daten und Informationen zur Geriatrie, zur geriatrischen Behandlung etc. zu erweitern.

In Bezug auf die Hardware wird von nahezu allen Mitarbeiter*innen der Wunsch geäußert, dass Tablets (für alle Berufsgruppen, Patient*innen, Angehörige; z. B. mit Applikationen für die Aktivierung und Visualisierung) angeschafft werden. Einige Mitarbeiter*innen schlagen ferner vor, dass die alte, grundlegende Hardware (PCs, Monitore) erneuert und neue Hardware, z. B. Infoscreens, Handys, Wearables und Spielekonsolen, erworben wird.

Aus den Ergebnissen der ersten Evaluationen lassen sich folgende Empfehlungen ableiten.

Die Klinikleitungen sollten ...

- mit den IT-Abteilungen besprechen, wie grundlegende Schwächen bei der Ausstattung beseitigt werden können,
- gemeinsam mit Mitarbeiter*innen erheben, inwieweit am Markt verfügbare Lösungen (z. B. Doctolib, ELVI) zur Erfüllung der Bedarfe geeignet sind,
- mit den Stationsleitungen abstimmen, inwieweit Ressourcen für potenzielle Entwicklungsprojekte zur Verfügung gestellt werden können und
- gemeinsam mit Mitarbeiter*innen erste Zeitpläne für die Umsetzung von Pilotprojekten entwickeln (so neue/weitere digitale Lösungen eingesetzt werden können/dürfen).

Die Einführung neuer digitaler Lösungen (Informations- und Kommunikationssystem, mobiles Dokumentationssystem, digitale Patient*innenakte) könnte die Arbeitsprozesse/Aufgaben vereinfachen, die Vernetzung der unterschiedlichen Ziel- und Anspruchsgruppen verbessern und die Versorgungsqualität erhöhen.



Uwe Eisermann / Lara Wagener

Digitale Systeme

Die in Kliniken und Heimen eingesetzten digitalen Systeme (einschließlich der assoziierten Applikationen) lassen sich wie folgt einteilen:

1. Systeme für die Arbeitsorganisation und Dokumentation
2. Systeme für die Interaktion/Kommunikation und Information
3. Systeme für die (geriatrische) Versorgung

Die zur Kategorie 1 gehörenden Systeme, z. B. Krankenhausinformationssysteme, Dokumentationssysteme, Schulungssysteme, können in diesem Transferhandbuch aufgrund ihrer Komplexität nicht behandelt werden. Die zur Kategorie 2 gehörenden Systeme werden in den folgenden Ausführungen nur kurz betrachtet, da hier i. d. R. handelsübliche Systeme gemeint sind, die in Einrichtungen des Gesundheitswesens bereits vielfach und vielfältig eingesetzt werden (z. B. Microsoft Teams). Die zur Kategorie 3 gehörenden Systeme werden aufgrund ihrer Neuartigkeit und ihrer speziellen Ausrichtung auf die Versorgung etwas ausführlicher behandelt.

SYSTEME FÜR DIE INTERAKTION/KOMMUNIKATION UND INFORMATION

Microsoft 365: Microsoft Teams & Bookings (im Gesundheitswesen)

Microsoft Teams und Microsoft Bookings (im Weiteren: Teams und Bookings) sind zwei Applikationen für die digitale Kommunikation und Kollaboration, die über vielfältige Funktionen verfügen: Chat (Einzel, Gruppenchat), Audio-/Videocall, Kalender, Dateiablage, Aufgabenvergabe, Buchung von Terminen (Bookings). Sie arbeiten mit den meisten anderen Applikationen aus der Microsoft 365 Suite zusammen, insbesondere mit Microsoft Outlook und Microsoft Sharepoint, und erleichtern die Einhaltung von diversen Vorschriften und Standards, wie HIPAA, HITRUST, SOC 1 & 2 und DSGVO. Nach Einschätzung der Autor*innen dieses Handbuchs können Teams und Bookings, und insbesondere die speziell auf das Gesundheitswesen

ausgerichteten Versionen, die Arbeitsorganisation und Kommunikation in Einrichtungen des Gesundheitswesens erheblich verbessern.

Microsoft Teams



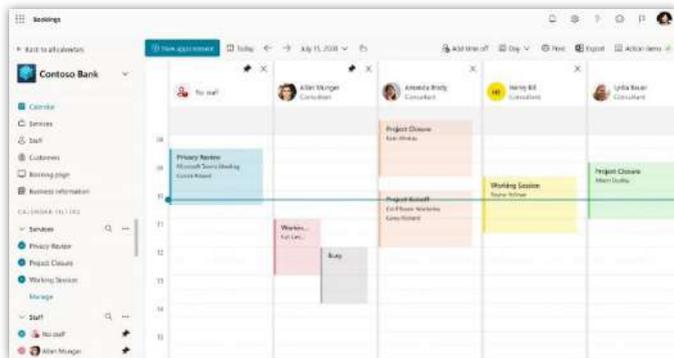
Anbieter/Quelle: Microsoft Corporation/Website des Anbieters

Microsoft Teams (mobile)



Anbieter/Quelle: Microsoft Corporation/Website des Anbieters

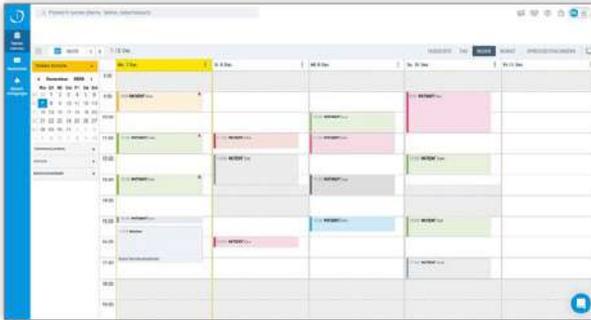
Microsoft Bookings



Anbieter/Quelle: Microsoft Corporation/Website des Anbieters

Doctolib: Doctolib Pro

Doctolib ist eine ganzheitliche Lösung für die Kommunikation im Gesundheitswesen, welche den Dokumentenaustausch, den Austausch im Team und auch den externen Austausch ermöglicht. Doctolib bietet vielfältige Funktionen: Online Terminmanagement und -buchung, sicherer Austausch von medizinischen Dokumenten und Informationen, Marketing für Ärzt*innen oder Einrichtungen, Videosprechstunden (verbunden mit dem Terminkalender und der Online-Plattform) und Vernetzung mit niedergelassenen Ärzt*innen (zum Beispiel zur Terminbuchung für Patient*innen). Die Software bietet maximale Sicherheit. Daten werden bei Providern von Gesundheitsdatenhosting gespeichert, welche nach einem mehrstufigen und gesetzlich geregelten Verfahren zertifiziert sind. DSGVO-Konformität ist durch TÜV-geprüften Datenschutz gegeben. Nach Einschätzung der Autor*innen dieses Handbuchs ist Doctolib für APP oder Browser affine aktive Patient*innen eine sehr komfortable Lösung, um einen Termin ([Video]Sprechstunde) losgelöst von Praxiszeiten kostenfrei zu buchen und durchzuführen.



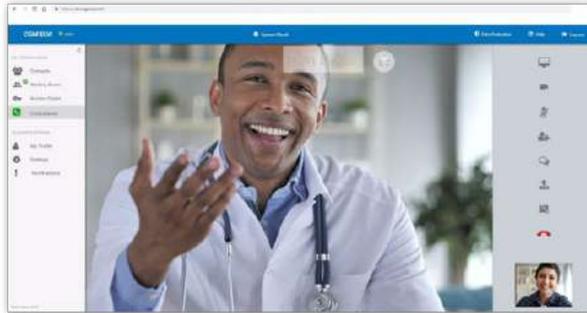
Anbieter/Quelle: Doctolib GmbH/Medizintechnikmarkt.de



Anbieter/Quelle: Doctolib GmbH/Doctolibsales.life

CGM ELVI

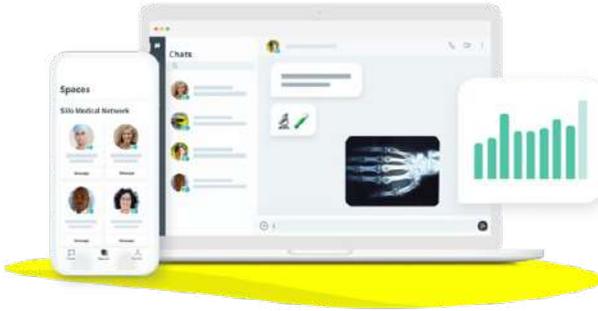
CGM ELVI ist eine Software für Videosprechstunden und elektronische Visiten. Neben der Funktion für Videogespräche bietet sie außerdem Funktionen für den sicheren Austausch von Textnachrichten, Dokumenten und Bildern, für Screensharing und für Expertenkonsilien mit bis zu 5 Personen. Die Software bietet TÜV-geprüften Datenschutz und -sicherheit, eine verschlüsselte peer-to-peer-Verbindung und zertifizierte Rechenzentren (unter anderem nach ISO 27001, ISO 9001). Allerdings scheint CGM ELVI über die Videosprechstunde hinaus keine weiteren Funktionen, wie zum Beispiel eine Terminbuchung/-verwaltung oder Dokumentenablage, zu haben. Nach Einschätzung der Autor*innen dieses Handbuchs scheint diese Software demnach, in Kombination mit anderen Tools, eine geeignete Software für Videosprechstunden zu sein.



Anbieter/Quelle: Doctolib GmbH/Medizintechnikmarkt.de

Siilo: siilo Messenger und siilo connect

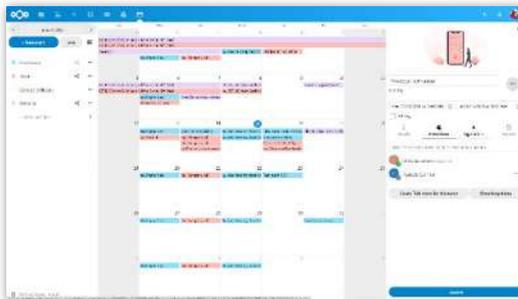
Siilo ist eine webbasierte Software beziehungsweise App für den medizinischen Austausch und die Koordination der Patient*innenversorgung. Der siilo Messenger bietet folgende Funktionen: eine intuitive Benutzeroberfläche, Nachrichten, Sprach- und Videoanruf, Netzwerk, Spaces, in denen verifizierte Nutzer auf das medizinische Verzeichnis und jede registrierte Organisation, mit der sie verbunden sind, zugreifen können. Es können aussagekräftige Profile erstellt werden, Fotos und Videos über die sichere Kamera aufgenommen und/ oder bearbeitet und auf siilo hochgeladen werden. Es können Fälle mit separatem Austausch erstellt werden, welche als PDF-Dateien für elektronische Gesundheitsakten exportiert werden. Siilo Connect bildet zusätzlich eine datenkonforme interne Kommunikationsplattform für medizinische Organisationen, welche den Wissensaustausch über den Messenger hinaus erweitert. Siilo ermöglicht die Einhaltung diverser Standards und Vorschriften, wie DSGVO (GDPR/AGD), ISO 27001, HIPAA, e-Privacy, NHS DSP Toolkit & Information Governance, DCB 0129 und NEN 7510, 7512 & 7513. Außerdem bietet die Software eine Ende-zu-Ende-Verschlüsselung und ist durch einen PIN-Code zusätzlich geschützt. Nach Einschätzung der Autor*innen dieses Handbuchs sind siilo messenger und siilo connect geeignete Softwarelösungen für die Kommunikation im Gesundheitswesen. Allerdings scheint sie keine Buchungsfunktion zu bieten.



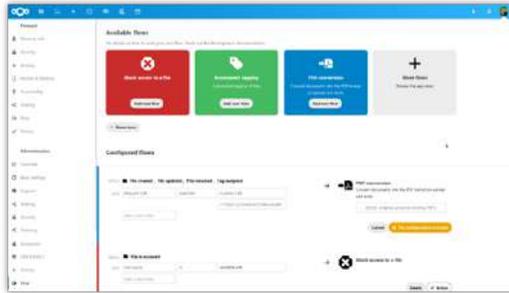
Anbieter/Quelle: Siilo Holding B.V./Website des Anbieters

Nextcloud

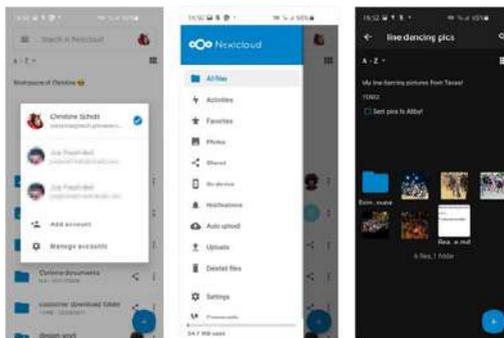
Nextcloud ist eine selbst gehostete Produktivitätsplattform und bietet vielfältige Möglichkeiten für die Kollaboration: Dokumente teilen und kollaborieren, E-Mails senden und empfangen mit Ende-zu-Ende-Verschlüsselung, Kalenderverwaltung, Verwaltung von Kontakten, private oder gemeinsam genutzte Boards im Kanban-Stil (in den Kalender integrierbar) und Videokonferenzen. Nextcloud wird durch die Open-Source-Community dauerhaft verbessert. Die Software wird auch für Metadaten vor Datenleaks geschützt. Nach Einschätzung der Autor*innen dieses Handbuchs handelt es sich um eine geeignete Kollaborations- und Kommunikationssoftware. Allerdings ist nicht ersichtlich, ob es auch für Externe möglich ist, Termine zu buchen.



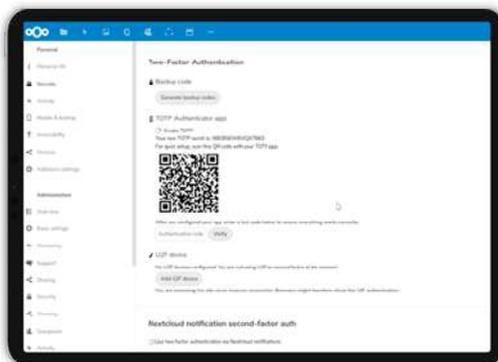
Anbieter/Quelle: Nextcloud GmbH/univention.de



Anbieter/Quelle: Nextcloud GmbH/univention.de



Anbieter/Quelle: Nextcloud GmbH/heise.de



Anbieter/Quelle: Nextcloud GmbH/Website des Anbieters

Systeme für die Interaktion/Kommunikation und Information wurden auch in der o. g. Evaluation häufig angesprochen, wobei die befragten

Mitarbeiter*innen bevorzugt ein System verwenden würden, das Funktionen für die Interaktion/Kommunikation (mit Fachkräften in der eigenen Einrichtung und über die Einrichtung hinaus, mit Patient*innen und mit Angehörigen), die Veranschaulichung (von multimedialen Inhalten: Text, Bild, Film; z. B. Veranschaulichung von geriatrischen Versorgungsformen) und die Anregung (von Patient*innen) bietet und damit unterschiedliche Zielgruppen bedient. Dieses System kann daher als Informations- und Kommunikationssystem bezeichnet werden. Es sollte einen Leistungsumfang aufweisen, der die Leistungsumfänge der o. g. Systeme/Applikationen übertrifft.

SYSTEME FÜR DIE (GERIATRISCHE) VERSORGUNG / UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTE I. E. S.

Qwiek.up

Qwiek.up ist ein mobiles Gerät für die soziale Betreuung und Pflege, das betreuten Personen, z. B. Menschen mit Demenz oder Delir, ein audiovisuelles Erlebnis bietet. Für dieses Erlebnis werden Bilder an die Wand oder an die Decke geworfen und Geräusche eingespielt. Qwiek.up bietet einige Interventionsmöglichkeiten, beispielsweise die Ablenkung der Patientin bzw. des Patienten während der täglichen Pflege, die Förderung von Interaktion und Bewegung durch Anregung, die Verwendung von eigenen Bildern (Biographiearbeit) und die Steigerung des Wohlbefindens. Nach Angaben des Herstellers verringert Qwiek.up den Betreuungsbedarf und entlastet damit die Fachkräfte. Qwiek.up wurde gemäß EMC-Norm EN60601-1-2:2015 für Medizinprodukte getestet und kann aufgrund seiner Einfachheit auch von Angehörigen der Betreuten verwendet werden.



Anbieter/Quelle: Nextcloud GmbH/Website des Anbieters

ANDERS VR

ANDERS VR ist eine Software für VR-Brillen, die in Akutkliniken, Rehakliniken und Pflegeheimen eingesetzt werden kann. Zielgruppen sind Ärzt*innen, Therapeut*innen, Pfleger*innen und Patient*innen (z. B. mit Demenz). ANDERS VR bietet folgende Anwendungen (Auswahl):

Ermunterung zu Bewegungs-, Entspannungs- und Atemübungen, Verbesserung der Einhaltung der Therapie (Adhärenz, Compliance), Verringerung des Schmerzempfindens, Verbesserung des Gemütszustands, Verringerung der Medikation, Entlastung des Personals. Die Frage, ob ANDERS VR noch als Prototyp betrachtet werden muss oder bereits als Produkt bezeichnet werden kann, lässt sich nach einer Analyse der Homepage nicht abschließend beurteilen. Es ist aber auf jeden Fall ein ansprechendes Konzept, das einige Versorgungsmethoden durchaus verbessern/vereinfachen kann.



Anbieter/Quelle: Anders VR UG/Website des Anbieters

Senopi

Senopi ist ein All-in-one-Produkt bestehend aus einem VR-Headset, einem Tablet Controller und der entsprechenden Software, welche in Kliniken aller Art, in Seniorenwohnsitzen und auch privaten Haushalten eingesetzt werden kann. Zielgruppen sind Senior*innen mit und ohne Erkrankungen, Therapeut*innen und Angehörige. Senopi bietet unter anderem Anwendungen zur Anregung und Aktivierung, Beruhigung und Unterhaltung. So beinhaltet der Content zum Beispiel 360-Grad-Naturvideos. Senopi entwickelt und erprobt zusätzlich VR-Therapien und zukünftige Produkte sollen Funktionen zur Förderung der physischen und kognitiven Gesundheit beinhalten.



Anbieter/Quelle: Ricolab – Ricola Group AG/Website des Anbieters



Anbieter/Quelle: Ricolab – Ricola Group AG/Website des Anbieters

HASOMED RehaCom

Das RehaCom-System, bestehend aus Soft- und Hardware, ist ein Therapiesystem für die neurologische Rehabilitation. Es kann in Akutkliniken, Rehakliniken und gegebenenfalls auch in Pflegeeinrichtungen eingesetzt werden. Die Zielgruppen sind Patient*innen, Ärzt*innen und Therapeut*innen. RehaCom ermöglicht mit 35 Therapiemodulen und 9 Tests/Screenings ein defizitbezogenes und zielgerichtetes Training ausgewählter kognitiver Funktionen in allen Rehaphasen. Mithilfe der Screenings werden die geeigneten Therapiemodule ausgewählt. Es gibt unter anderem folgende Therapiemodule: Aufmerksamkeit, Gesichtsfeld, Gedächtnis, Berufliche Rehabilitation. Außerdem wird RehaCom von zwei Verbänden empfohlen (Leitlinien der Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP) und des Deutschen Verbandes der Ergotherapeuten (DVE)).



Anbieter/Quelle: Hasomed GmbH/Website des Anbieters

Pepper

Pepper ist ein autonomer, "intelligenter" Roboter zur Unterstützung der Behandlung. Der Roboter kann in Akutkliniken, Rehakliniken und Pflegeeinrichtungen eingesetzt werden. Zielpersonen sind Patient*innen, Angehörige und das Klinikpersonal. Pepper bietet unter anderem Funktionen für körperliches Training mit einem Bewegungsprogramm und der Veranschaulichung von Übungen, für kognitives Training und für Spiele. Außerdem kann Pepper Emotionen interpretieren und darauf reagieren. Weitere Vorteile des Roboters sind der gestaltbare Charakter, die vielseitige (Körper-)Sprache, das ansprechende Erscheinungsbild und die interaktiven Animationen und Demonstrationen.



Anbieter/Quelle: Humanizing Technologies GmbH/Website des Anbieters

Media4Care

Media4Care bietet ein Senior*innen-tablet und ein Betreuer*innen-Tablet mit jeweils entsprechender Software. Das Senior*innen-Tablet ist ein mobiles Hilfsmittel für die Aktivierung, Information und Kommunikation für (selbstständige) Senior*innen. Das Gerät ist seniorenfreundlich gestaltet und kann in sämtlichen Einrichtungen, sowie in privaten Haushalten verwendet werden. Das Senior*innen-Tablet bietet folgende Apps/Anwendungen: Web, Spiele, Fotoalbum, Videoanruf, Nachrichten und Unterhaltung.

Das Betreuer*innen-Tablet ist ein mobiles Hilfsmittel für die Aktivierung und Information von pflegebedürftigen/nicht-selbstständigen Senior*innen mit und ohne Demenz. Auch dieses Gerät ist seniorenfreundlich gestaltet und kann in sämtlichen Einrichtungen mithilfe einer Betreuerin bzw. eines Betreuers genutzt werden. Es kann in der Einzelbetreuung oder aber in der Gruppenbetreuung (durch den Anschluss am TV) eingesetzt werden. Das Betreuer*innen-Tablet bietet folgende Funktionen: Web, Filme, Spiele, Profile, Bücher und Themen.

Media4Care: Senior*innen-Tablet



Anbieter/Quelle: Media4Care GmbH/Website des Anbieters

Media4Care: Betreuer*innen-Tablet



Anbieter/Quelle: Media4Care GmbH/Website des Anbieters

Uwe Eisermann / Lara Wagener

Workshop „Digitale Unterstützungsangebote“

Ausgehend von den Ergebnissen der Evaluation und der Beobachtung, dass Ärzt*innen, Therapeut*innen und Pfleger*innen aus den Einrichtungen des Geriatrieverbundes Kreis Unna die Digitalisierung sowie digitale Systeme und Applikationen grundsätzlich positiv bewerten, wurde beschlossen, einen Workshop zur Vorstellung und Bewertung (Evaluation) ausgewählter digitaler Unterstützungsangebote zu veranstalten. Dieser Workshop wurde vom RIF Institut für Forschung und Transfer e. V. (RIF) in Abstimmung mit den Konsortialpartner*innen geplant und am 7. Oktober 2021 in der Kapelle des Christlichen Krankenhauses Unna mit etwa zehn Teilnehmer*innen durchgeführt. Die Agenda gestaltete sich wie folgt:

- Begrüßung und Einführung (Christiane Weiling, solvecon gmbh, Jochen Laible, Christliches Krankenhaus Unna)
- Vorstellung digitaler Unterstützungsangebote für die geriatrische Versorgung (Lara Wagener und Dr. Uwe Eisermann, RIF)
- Vorstellung des Therapiesystems der Firma Rehago (ReHub GmbH) (Astrid Frevel, ReHub GmbH)
- Vorstellung weiterer digitaler Systeme/Applikationen (Lara Wagener und Dr. Uwe Eisermann, RIF)
- Besprechung zur Sinnhaftigkeit/Praxistauglichkeit der getesteten Angebote („Evaluation“; alle Teilnehmer*innen)
- Abschluss und Ausblick (Christiane Weiling, solvecon gmbh, Jochen Laible, Christliches Krankenhaus Unna)

Im Anschluss an die Begrüßung und Einführung wurden folgende Systeme/Applikationen kurz vorgestellt:

- Qwiek.up, ein mobiles Gerät für die soziale Betreuung und Pflege, das bei Patient*innen mit Demenz oder Delir eingesetzt und (auch) von Angehörigen bedient werden kann (siehe oben);
- RehaCom, ein System für die neurologische Rehabilitation, das u. a. zur Verbesserung der Aufmerksamkeits- und Gedächtnisleistungen verwendet wird (siehe oben);

- Curalie, eine App, die als mobiler digitaler Therapiebegleitung zur Anregung (durch Bewegung) und Entspannung bezeichnet werden kann;
- Kaia, eine App, die Bewegungen mittels optischer Sensoren (Kamera/s) erfasst, bewertet und KI-gestützt verbessert;
- Pepper, ein Roboter, der animieren und zum körperlichen und/oder kognitiven Training motivieren sowie Emotionen interpretieren und darauf reagieren kann (siehe oben).

Im Anschluss an die Darstellung dieser digitalen Unterstützungsangebote, die von den Teilnehmer*innen sehr interessiert verfolgt wurde, stellte Frau Frevel, Vertreterin der ReHub GmbH, das Therapiesystem Rehago vor. Rehago ist ein Virtual Reality Training, das vielfältige Funktionen bietet und u. a. auf Patient*innen nach Schlaganfall, mit halbseitiger Lähmung und/ oder mit Gehirnblutungen ausgerichtet ist. Es beruht auf den Prinzipien der Spiegeltherapie und berücksichtigt Gamification-Ansätze. Das System beinhaltet therapeutische Software (Therapeut*innen App, therapeutische Spiele) und eine VR-Brille. Für den Einsatz des Systems wird ferner ein handelsüblicher Computer benötigt. Von den Teilnehmer*innen des Workshops wurde das System sehr positiv beurteilt, wenngleich bemerkt wurde, dass das System für die meisten Einrichtungen zu kostenintensiv (und ggf. zu personalintensiv) sein dürfte. Der Test des Systems bereitete den Teilnehmer*innen – und auch den Beobachter*innen – jedenfalls große Freude.

Nach der Vorstellung des Rehago-Systems erhielten die Teilnehmer*innen die Gelegenheit, die Media4Care-Tablets (Senior*innen-Tablet und Betreuer*innen-Tablet) der Media4Care GmbH zu testen. Das Senior*innen-Tablet ist ein mobiler Begleiter mit Funktionen für die Aktivierung, Information und Kommunikation. Es bietet folgende Anwendungen/Apps: Web, Spiele, Fotoalbum, Videoanruf, Nachrichten und Unterhaltung. Das Tablet (Hardware, Software) ist seniorengerecht gestaltet, sodass es auch von Senior*innen, die über keine Erfahrungen im Umgang mit derartigen Geräten verfügen, bedient werden kann. Das Senior*innen-Tablet wird von den Betreuenden über das Betreuer*innen-Tablet eingerichtet und gesteuert. Das Betreuer*innen-Tablet ist ebenfalls sehr benutzerfreundlich gestaltet

und damit einfach zu bedienen. Beide Tablets haben keine besonderen Anforderungen an die umgebende IT-Infrastruktur; für einige Anwendungen, z. B. den Videoanruf, ist allerdings ein mobiles Netz erforderlich. Die Tablets werden von den Teilnehmer*innen des Workshops sehr positiv bewertet – im Rahmen der Tests stellt sich heraus, dass eine Einrichtung die Tablets bereits im Alltag verwendet.

Zum Abschluss des Workshops wurden mit Eliah und neolexon zwei Apps vorgestellt, die Funktionen für die digitale Sprachtherapie bieten. Sie sind für unterschiedliche Zielgruppen (z. B. Personen nach/mit Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma, Nervenerkrankungen) geeignet und werden von den Krankenkassen (zumindest teilweise) gefördert.

Zusammenfassend betrachtet, bestätigen die Eindrücke aus dem Workshop die Ergebnisse der Evaluation: die Fachkräfte aus den Einrichtungen des Geriatrieverbundes Kreis Unna stehen digitalen Unterstützungsangeboten sehr aufgeschlossen gegenüber. Faktoren, die einen Einsatz dieser Angebote (potenziell) begrenzen, sind finanzielle/wirtschaftliche und personelle Ressourcen. Die Fachkräfte sind allerdings zuversichtlich, dass mittel- und langfristige diesbezügliche Lösungen gefunden werden können.

Fazit, Bewertung und Einordnung

Zusammenfassend betrachtet, können die Ergebnisse der Evaluationen als gleichermaßen erfreulich und aufschlussreich bezeichnet werden.

Die Mitarbeiter*innen der beteiligten Einrichtungen stehen der Digitalisierung und (weiteren) Digitalisierungsaktivitäten grundsätzlich positiv gegenüber. Sie sehen sich selbst – im Zusammenspiel mit den IT-Abteilungen – als Treiber/Förderer der Digitalisierung. Die Kommunikation, der Austausch mit unterschiedlichen Ziel-/Anspruchsgruppen, erfolgt vor allem mit klassischen Systemen/Instrumenten (E-Mail-Clients/E-Mails und Telefon). Dies beruht zum einen darauf, dass modernere Lösungen augenscheinlich nicht benötigt werden und der Umgang mit den vorhandenen Lösungen bekannt (und vertraut) ist. Zum anderen ist aber zu bemerken, dass durchaus der Wunsch besteht, modernere Lösungen zu verwenden, die (mögliche) Verwendung aber durch die verfügbaren Ressourcen, insbesondere finanzielle und personelle Ressourcen, begrenzt ist. Die Kommunikation unter Pandemiebedingungen wird unterschiedlich beurteilt – für eine Einrichtung ist die Kommunikation mit den Angehörigen der Patient*innen einfacher, da Gespräche individuell geplant und gesteuert werden können, für zwei Einrichtungen ist die Kommunikation schwieriger und aufwändiger, weil die Kommunikation viel stärker von den Einrichtungen gestaltet werden muss. Eine Einrichtung bewertet die Kommunikation unter Pandemiebedingungen nicht, sondern gibt lediglich an, dass die Kommunikation mit den Angehörigen eingehender geplant werden muss. Zu modernen Lösungen (Systeme, Applikationen etc.) befragt, erweisen sich die Mitarbeiter*innen als außerordentlich innovativ. Gewünscht werden vielfältige Systeme, z. B. Informationssysteme, Kommunikationssysteme, mobile Dokumentationssysteme, Schulungssysteme und Trainings-/Aktivierungssysteme, aber auch Tools, z. B. Wearables, und Devices, insbesondere Tablets. Den kleinsten gemeinsamen Nenner dürfte ein Informationssystem (oder Informations- und Kommunikationssystem) bilden, das multimediale Inhalte und damit u. a. Aufklärungs- und Veranschaulichungsfunktionen (sowie gegebenenfalls Anregungs-

und Entspannungsfunktionen) bietet und unterschiedliche Zielgruppen bedient (in erster Linie Patient*innen sowie Angehörige). Diese Erkenntnis ist insbesondere für einen möglichen Transfer wichtig, zumal davon auszugehen ist, dass auch weitere Einrichtungen des Geriatrieverbundes Kreis Unna (und Einrichtungen über den Verbund hinaus) den Einsatz eines derartigen Systems befürworten. Diesbezüglich ist zu empfehlen, ein derartiges System in Abstimmung mit den beteiligten Einrichtungen zu entwickeln und einzuführen (zunächst als Prototyp) und den Einsatz zu bewerten.

Die Patient*innen der beteiligten Einrichtungen sind mit der Behandlung und Versorgung durch die Mitarbeiter*innen zufrieden bis sehr zufrieden. Sie empfinden den Umgang der Mitarbeiter*innen mit ihnen als angemessen und fühlen sich in den Einrichtungen sehr gut aufgehoben und sicher. Zur Information und Kommunikation befragt, geben die Patient*innen an, dass sie ausführlich – im Sinne von gut/sehr gut – beraten wurden. Sie haben ferner das Gefühl, dass sie einen ehrlichen Umgang erfahren und verlässliche Informationen erhalten. Die Patient*innen bewerten den Aufenthalt in den Einrichtungen zusammenfassend als gut/sehr gut und empfehlen ihn weiter.

Die Angaben der Patient*innen verdeutlichen, dass die beteiligten Einrichtungen ein sehr hohes Maß an (subjektiv empfundener) Versorgungsqualität erreichen. Ein möglicher Transfer könnte die von den Einrichtungen diesbezüglich erbrachten Leistungen (besondere Behandlungs- oder Handlungsprogramme o. Ä.) betreffen – falls es Einrichtungen gibt, die nicht über den hohen Standard der beteiligten Einrichtungen verfügen. Letztere können somit uneingeschränkt als Vorbilder oder als „Best in Class“ bezeichnet werden.



Organisationsentwicklung im Verbund

Christiane Weiling

Herausforderungen und Strukturen

EINFÜHRUNG

Eine flächendeckende hochwertige Versorgung im Gesundheitsbereich kann nur gelingen, wenn alle Beteiligten sektoren- und professionsübergreifend aufeinander abgestimmt arbeiten. Dazu gehören neben der Weitergabe relevanter Informationen (Überleitungsbogen, Patientenakte, Medikationsplan) auch ein strukturierter Wissens- und Know-how-Transfer sowie eine unternehmensübergreifend angelegte Personal- und Organisationsentwicklung von Krankenhäusern und weiteren ambulanten Akteurinnen und Akteuren auf allen Hierarchieebenen.

Dabei stellt die Diversität der beteiligten Akteur*innen das gemeinsame Arbeiten vor große Herausforderungen:



Quelle: Eigene Darstellung

Im Rahmen der Organisationsentwicklung wurden ein geriatrischer Lenkungskreis sowie Arbeitsgruppen (Laborteams zur Evaluation und Weiterentwicklung vorhandener Instrumente sowie zur Entwicklung neuer Lösungen) implementiert, die im Rahmen von Face-to-Face-Arbeitstreffen sowie in virtuellen Austauschräumen die Organisationsentwicklung im Verbund vorangetrieben haben.



Quelle: Eigene Darstellung

Die Aufgaben der unterschiedlichen Ebenen werden im Folgenden näher beschrieben:

GERIATRISCHER LENKUNGSKREIS

Für die grundlegende Entwicklungsarbeit im Projekt "Zukunft Geriatrie, vernetzt und digital" ist ein geriatischer Lenkungskreis, mit folgenden Aufgaben eingerichtet worden:

- Entwicklung und Ratifizierung grundlegender Qualitätskriterien, Rahmenbedingungen und Visionen des Geriatrieverbundes zum Umgang mit Angehörigen und Patient*innen sowie zum einrichtungsübergreifenden, digital gestützten Austausch
- Bewertung der Arbeit der Laborteams (Aufgabe der konkreten Instrumentenentwicklung), Hinweise bzgl. der Modifizierung grundlegender Verfahren und Prozesse

Bei Bedarf: Modifizierung oder Weiterentwicklung der Qualitätskriterien

Bei der Zusammensetzung des Lenkungskreises wurde auf eine möglichst geografische Ausgewogenheit im Kreis Unna geachtet. Der Lenkungskreis sollte darüber hinaus multiprofessionell besetzt und

durch Mitglieder aus dem ambulanten und stationären Versorgungssektor ergänzt werden.

Es wurden regelmäßige Treffen zum Wissens- und Erfahrungsaustausch sowie zum Kennenlernen der jeweiligen Einrichtungen durchgeführt.

Alle Treffen werden durch das Projekt „Zukunft Geriatrie“ vorbereitet, moderiert und dokumentiert.

LAB-TEAMS/ARBEITSGRUPPEN

Die Laborteams basierten auf den Konzepten der Lern- und Experimentierräume des BMAS Förderprogramms unternehmensWert:Mensch plus. Das Konzept der „betrieblichen Praxislaboratorien“ ist im Rahmen des vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) geförderten Verbundvorhabens „WING – Wissensarbeit in Unternehmen der Zukunft nachhaltig gestalten“ vom Institut für Sozialwissenschaftliche Forschung – ISF München gemeinsam mit Unternehmen für eine nachhaltige Gestaltung der digitalen Transformation entwickelt und erprobt worden. Im Rahmen des Modellprojektes wurden die für einzelne Unternehmen konzipierten Lern- und Experimentierräume für die Arbeit im Verbund weiterentwickelt.

Es wurden Arbeitsgruppen (LAB-Teams) mit unterschiedlichen Schwerpunkten gegründet. Die Teilnehmer*innen der LAB-Teams wurden durch direkte Ansprache, durch Werbung mittels Rundmail oder über die Mitglieder des geriatrischen Lenkungskreises gewonnen. Insgesamt beteiligten sich 15 Personen aus unterschiedlichen Berufsgruppen (Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Sozialdienst und Pflegedienst) aus den Krankenhäusern des Geriatrieverbundes an den Sitzungen der Laborteams. Organisiert und begleitet wurden die Sitzungen durch alle Beteiligten des Konsortiums im Projekt Zukunft Geriatrie. Die LAB-Teams (AGs) wurden zu folgenden Themenbereichen eingerichtet:

LAB-Team 1:

Erstellung „laienverständlicher“ Texte über die Aufgaben und Abläufe in der Geriatrie und in der Gerontopsychiatrie für die Broschüre



des Geriatrieverbundes, für das Portal und für sonstige Informationsmaterialien

LAB-Team 2:

Diskussion der Ergebnisse der Ideenwerkstätten, Vorbereitung einer Ausstellung in den Einrichtungen und Überlegungen zur Umsetzung einzelner Ideen in der Praxis

LAB-Team 3:

Erstellung eines Drehbuches für einen professionellen Film „Abläufe in der Geriatrie“ auf Basis der Prozesskette Geriatrie und Ideensammlung für weitere (selbstgedrehte) Videosequenzen

Aufgrund der Corona-Pandemie fanden die Sitzungen meist als Videokonferenzen statt. Hierzu nutzten einige Teilnehmer*innen ihre eigene Hardware und ihren persönlichen WLAN-Zugang, als Homeoffice-Veranstaltung aus der häuslichen Umgebung. Im Wesentlichen wurden jedoch die Tablettts eingesetzt, die für das Projekt beschafft wurden. Hierzu wurden die Tablettts an die jeweiligen Krankenhäuser ausgeliefert, inklusive einer persönlichen Einweisung der teilnehmenden Mitarbeiter*innen und der Aushändigung einer schriftlichen Anleitung.

Die Ergebnisse der LAB-Teams wurden über die projeteigene Cloud in die Einrichtungen getragen. Darüber hinaus wurden die Zwischenergebnisse regelmäßig im geriatrischen Lenkungsreis vorgestellt und diskutiert. Die breite Basis der Mitarbeitende hatte die Möglichkeit, die Ergebnisse digital zu bewerten.

Darüber hinaus entstanden im Dialog mit einzelnen Mitarbeitenden sowie aus der praktischen Projektarbeit heraus weitere Instrumente, die im Rahmen der Projektarbeit praktisch erprobt wurden.

MITARBEITENDE AN DER BASIS

Die Mitarbeitenden an der Basis konnten sich über zwei Feedback-Instrumente aktiv in das Projekt einbringen.



Im Rahmen der Teamsitzungen in den beteiligten Einrichtungen wurden die Feedback-Instrumente präsentiert und die Mitarbeitenden zur Nutzung dieses Angebotes ermuntert.

Mit Hilfe eines Rückmelde-Tools konnten einzelne Produkte zielgerichtet kommentiert werden. Durch eine „Sternbewertung“ im Internet und vertiefende Anmerkungen hatten die Mitarbeitenden die Möglichkeit, die in den Ideenwerkstätten entstandenen digitalen Kommunikationsszenarien zu bewerten. Projektbegleitend wurden von Zeit zu Zeit internetbasierte Umfragen gestartet, um Meinungsbilder der Mitarbeitenden zu erhalten.

BEIRAT

Der Geriatrieverbund im Kreis Unna fungierte im Rahmen des Projektes als Beirat. Die Mitglieder des Geriatrieverbundes wurden regelmäßig über die Entwicklungen im Projekt informiert und hatten die Möglichkeit, die Schwerpunktsetzungen im Projekt aufgrund ihrer fachlichen Expertise zu beeinflussen. Von Vorteil war hierbei, dass sich der Geriatrieverbund quartalsmäßig trifft, so dass der Beirat das Projekt optimal begleiten konnte.

Christiane Weiling

Entwickelte Instrumente

Durch die LAB-Teams, aber auch durch das Projektkonsortium wurden verschiedene Instrumente und Konzepte entwickelt, um die Organisationsentwicklung im Verbund vorantreiben zu können.

Hierzu gehörte insbesondere der Aufbau einer **Informations- und Kommunikationsplattform** für Fachkräfte, die Möglichkeiten zum Datenaustausch, zum Abrufen wichtiger Informationen sowie Anleitungen zur Handhabung der Videokonferenz-Tools und anderer technischer Unterstützungsinstrumente enthält und auch über das Projekt hinaus für die einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit genutzt werden kann.

Darüber hinaus wurde mit dem **Kanboard** eine Lösung gefunden, um den Stand der Projektarbeiten und die Aufgabenverteilung sowohl innerhalb des Projektkonsortiums, aber auch in der Arbeit mit den beteiligten Einrichtungen zu organisieren.

Die **Feedback-App**, ein **onlinebasiertes Umfrage-Tool** sowie eine niedrigschwellige **Rückmeldemöglichkeit** zu den entwickelten digitalen Kommunikationsszenarien ermöglichten die Einbindung einer breiten Basis von Mitarbeitenden.

Um den Wissenstransfer zwischen den Einrichtungen zu fördern, wurde ein Konzept für **einrichtungs- und sektorenübergreifende Hospitationen** entwickelt.

Die im Projekt entwickelte **Prozesskette Geriatrie** veranschaulicht sowohl für Fachkräfte als auch für Patient*innen und Angehörige die Versorgung geriatrischer Patient*innen von der Information über die geplante geriatrische Behandlung bis zur Nachbetreuung nach dem Aufenthalt und stellt die Basis für eine qualitativ hochwertige Versorgung der älteren Patient*innen insbesondere an den Schnittstellen zwischen den unterschiedlichen Akteur*innen dar. Um eine hohe Versorgungsqualität zu berücksichtigen, wurden darüber hinaus **traumasensible Aspekte in den verschiedenen Phasen der Prozesskette** ausgearbeitet.

Der Entwicklung der Tools lag folgende Philosophie zugrunde:



Praxisnahe Tools

Entwickelt aufgrund der Anregungen durch die unterschiedlichen Akteur*innen

Niedrigschwelliger Zugang

Tools beschränken sich auf die wichtigsten Funktionen, Handhabung wird Schritt-für-Schritt erklärt

Onlinebasiert

und dadurch ohne weitere Softwareinstallation nutzbar

Datenschutzkonform

Hosting auf eigenen, gesicherten Servern in Deutschland, keine Übermittlung sensibler Patient*innendaten

Christiane Weiling

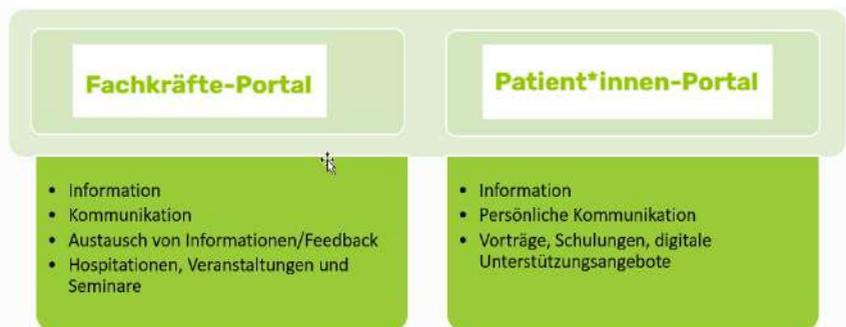
Informations- und Kommunikationsportal für Fachkräfte sowie für Patient*innen und Angehörige

Erhebungen zu Beginn des Projektes zeigten deutlich, dass die große Mehrzahl der Mitarbeiter*innen sich ein Informationssystem oder Informations- und Kommunikationssystem (Zielgruppen: Patient*innen, Kolleg*innen, Angehörige, andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen) mit vielfältigen Funktionen für den Austausch und die Anregung, Entspannung und Veranschaulichung (Auswahl) wünscht.

Aus diesem Grund wurde im Projektverlauf unter Beteiligung des Lenkungskreises ein Konzept für ein Informations- und Kommunikationsportal entwickelt.

Dabei wurde schnell deutlich, dass sich sowohl die Informations- wie auch die Kommunikationsbedarfe der Fachkräfte untereinander deutlich von den Bedarfen der Kommunikation der Fachkräfte mit Patient*innen und Angehörigen unterscheiden.

Aus diesem Grund entstanden auf der Projekthomepage zwei Portale:



Quelle: Eigene Darstellung

FACHKRÄFTE-PORTAL

Das Fachkräfte-Portal (<https://www.zukunft-geriatrie.de/fachkraefteportal-2/>) beinhaltet eine Vielzahl von Instrumenten und Tools, die für die einrichtungsübergreifende Zusammenarbeit im Projekt benötigt wurden.

Um die Seite optisch übersichtlich zu gestalten, wurden die Instrumente und Tools unterschiedlichen Rubriken zugeordnet. Jede Rubrik besteht aus einem einführenden Text und mehreren Buttons für die verschiedenen Tools. Zu jedem Button gibt es wiederum einen erläuternden Text mit weiterführenden Links und Anleitungen. Der aktuell ausgewählte Button färbt sich entsprechend in einem knalligen Grün, die übrigen Buttons haben eine dunkelgrüne Farbe.

Kommunikation



Die Corona-Pandemie hat gezeigt, dass wir bei der Kommunikation neue Wege gehen können. Videokonferenzen, aber auch Terminabstimmungen übers Internet können das persönliche Treffen oder Gespräch nicht immer ersetzen, sparen aber an der einen oder anderen Stelle zeitliche Ressourcen.

Wichtig ist es aber, geeignete Tools zu nutzen und zu wissen, wie man die entsprechenden Instrumente richtig einsetzt.

Videokonferenz Terminfindung eMails

Aufgrund der Kontaktbeschränkungen kommunizieren wir im Rahmen der Projektarbeit über Videokonferenzen. Im Einsatz sind derzeit die Konferenztools „Teams“ und JITSI. Im folgenden finden Sie entsprechende Anleitungen zur Handhabung der Tools sowie direkte Zugänge zu JITSI.

Quelle: www.zukunft-geriatrie.de

Information

Im Projektverlauf haben geriatrische Fachkräfte immer wieder berichtet, dass Patient*innen mit völlig falschen Vorstellungen in die Geriatrie kommen. Aber auch die Kolleg*innen anderer Fachrichtungen sind häufig nur oberflächlich über die Abläufe und Zielsetzungen der geriatrischen Stationen informiert. Aus diesem Grund wurden im

Bereich „Information“ Filme, Links und Handreichungen zusammengestellt, die die Fachkräfte bei der Information über die geriatrische Versorgung unterstützen sollen.

Unterschieden werden dabei die Buttons „Geriatric-Film / weitere Videos“ und „Links und Downloads“.

Kommunikation

Die Corona-Pandemie hat den Projektbeteiligten sehr deutlich gezeigt, dass man bei der Kommunikation neue Wege gehen kann. Videokonferenzen, aber auch Terminabstimmungen übers Internet können das persönliche Treffen oder Gespräch nicht immer ersetzen, sparen aber an der einen oder anderen Stelle zeitliche Ressourcen.

Aus diesem Grund werden in der Rubrik Kommunikation weitergehende Informationen, Anleitungen und Links zu den Themen „Video-Konferenz“, „Terminfindung“ sowie „E-Mails“ vorgehalten.

Austausch von Informationen/Feedback

In dieser Rubrik stehen der Austausch von Dokumenten, das schnelle und unkomplizierte Einholen von Meinungsbildern und das gezielte Einfordern von Rückmeldungen im Fokus.

Gerade in diesem Zusammenhang sollten die Fachkräfte aber auch noch einmal für die Belange des Datenschutzes sensibilisiert werden. Deshalb wird explizit darauf hingewiesen, dass bei der Auswahl von verwendeten Produkten unbedingt auf die Einhaltung von Datenschutzvorgaben geachtet werden muss, sofern es sich um sensible oder personenbezogene Daten handelt.

Die im Rahmen des Projektes genutzten Tools werden alle auf einem deutschen Server gehostet, der sich in einem gesicherten Rechenzentrum befindet. Dennoch dürfen über die Projekt-Tools keine sensiblen Patient*innendaten ausgetauscht werden, da es sonst zu Konflikten mit den strengen Datenschutzvorgaben der Krankenhäuser kommen würde, die nur den Einsatz entsprechend zertifizierter Tools erlauben.

Hospitationen, Veranstaltungen und Seminare

Der Blick über die Grenzen des eigenen Arbeitsbereiches hinaus kann oft sehr bereichernd sein. Ob in Schulungen oder im Rahmen von

Hospitationen, der Austausch mit anderen ermöglicht häufig einen neuen Blick auf die Dinge und motiviert zu wichtigen Veränderungen.

In dieser Rubrik wird daher auf Veranstaltungen im Rahmen des Projektes hingewiesen. Darüber hinaus sind unter dem Button „Seminare und Fortbildungen“ Fortbildungsangebote der Projektbeteiligten zu finden. Der Button „Hospitationen“ führt auf das im Projekt konzipierte Hospitationsangebot, welches bewusst alle Berufsgruppen und Interessierte aus den unterschiedlichen Sektoren einschließt.

PATIENT*INNEN-PORTAL

Das Patient*innen-Portal ist ähnlich aufgebaut, beinhaltet aber insgesamt weniger Tools. Es gliedert sich in die Rubriken „Information“, „Persönliche Kommunikation“ sowie „Vorträge, Schulungen und digitale Unterstützungsangebote“.

Im Fokus dieses Portals steht der Wunsch, den Patient*innen das Gefühl zu geben, dass sie in der Geriatrie gut aufgehoben sind. Sicherheit und Vertrauen sind Aspekte, die zu einem gelungenen Aufenthalt beitragen. Das haben auch die Patient*innenbefragungen sehr deutlich gemacht.

Oft herrscht Unsicherheit darüber, an wen sich die geriatrische Versorgung richtet, was in der Geriatrie gemacht wird und welche Zielsetzungen die Geriatrie verfolgt. Mit allgemeinen Texten, Filmen, Links und verschiedenen Download-Dokumenten werden Patient*innen und Angehörige daher über die geriatrische Versorgung informiert.

Kanban-System zur Steuerung der dezentralen Zusammenarbeit

Die im Projekt kooperierenden Akteur*innen saßen in verschiedenen Unternehmen und an unterschiedlichen Standorten. Damit trotzdem alle Beteiligten über den Projektstand und die aktuellen Arbeitsinhalte der anderen Beteiligten informiert waren, war ein flexibles Instrument zur dezentralen Projektsteuerung erforderlich.

Für die Projektbeteiligten waren insbesondere folgende Eigenschaften und Vorteile eines Kanban-Boards wichtig:

- Einfache Bedienbarkeit und überschaubare Regeln
- Visualisierung des Arbeitsflusses und des Projektfortschritts
- Erkennung von Engpässen und Fokussierung auf Ziele
- Eigenständige Organisation von Arbeitsprozessen
- Handlungsorientierte kooperative Herangehensweise

Gute Erfahrungen hatten sowohl das Christliche Klinikum Unna als auch die solvecon gmbh bereits mit dem Einsatz eines digitalen Kanban-Systems gemacht.

Das ursprüngliche Kanban-System stammt aus der Industrie und stellt ein sich selbst organisierendes System zur Minimierung der Lagerhaltung dar. In jeder Fertigungsstufe wird dokumentiert und mittels einer physischen Kanban-Karte an die vorherigen Stufen zurückgemeldet, was verbraucht wurde.

Die Prinzipien des Systems wurden von David Anderson auf das IT-Projektmanagement übertragen. Alle Aufgaben werden dabei auf Kanban-Karten geschrieben. Je nach Bearbeitungsstatus werden die Karten auf dem Kanban-Board von links nach rechts geschoben bis die Aufgabe erledigt bzw. gelöst ist.

Das System wurde im Rahmen des Projektes „Zukunft Geriatrie“ in leicht modifizierter Form eingesetzt. So soll die Kommunikation zwischen den Projektbeteiligten optimiert und Transparenz innerhalb des Projektes hergestellt werden. Zurückgegriffen wurde aufgrund

der unterschiedlichen Arbeitsorte ein digitales System. In diesem waren die Projektideen, die aktuell in Arbeit befindlichen Arbeitspakete, Schnittstellen zwischen den einzelnen Arbeitspaketen und abgeschlossene Arbeiten für alle Projektbeteiligten sichtbar.

In der ersten Phase wurde eine selbstgehostete Version des Open-Source-Projekts kanboard.org verwendet. In der Projektarbeit waren alle Akteur*innen angehalten, alle unspezifischen Aufgaben (Ideen), konkreten Aufgaben (bereit), in Arbeit befindlichen Aufgaben und erledigten Aufgaben werden in das Kanboard „Zukunft Geriatrie“ einzutragen. Um auf den ersten Blick zu sehen, welche*r Projektbeteiligte für welche Aufgaben hauptverantwortlich ist, wird allen Aufgabenkästchen auf der Pinnwand eine Farbe zugeordnet.

Darüber hinaus wird jeder Aufgabe ein*e hauptverantwortliche*r Mitarbeiter*in zugeordnet.

Um einordnen zu können, welchem Bereich die Aufgaben zugeordnet sind, wird jeder Aufgabe eine Kategorie (z. B. Administration, IT-Infrastruktur, OE im Verbund) zugeordnet, die farblich hinterlegt im Aufgabenkästchen erscheint.

Die Aufgabe ist möglichst kurz und prägnant zu beschreiben. Anschließend wird jeder Aufgabe die Farbe des jeweiligen Unternehmens, der*des Zuständige*n sowie eine Kategorie zugeordnet. Optional können ein Fälligkeitsdatum für die Aufgabe sowie der geschätzte Aufwand in Stunden eingetragen werden.



Quelle: Eigene Darstellung

Um einen besseren Überblick über Aufgaben einer bestimmten Person zu erhalten, können diese entsprechend gefiltert werden. Gleiches gilt auch für Aufgaben einer bestimmten Kategorie.

Das vorhandene System wurde als zusätzliche Arbeit/Belastung angesehen, da es den Beteiligten detaillierte Beschreibungen der Arbeitspakete abverlangte.

Somit wurde im Laufe des Projekts auf das Kanban-Board umgeschwenkt, das Bestandteil des Collaboration-Pakets CryptPad ist. Bei der Überführung der Arbeitspakete wurden diese sowohl in verschiedene Teilprojekte verteilt als auch formal verschlankt, so dass eine weitere Bearbeitung mit deutlich weniger Aufwand verbunden war. Darüber hinaus bot das Paket die Möglichkeit, auch weitere projektbezogene Dokumente zuzuordnen und gemeinsam zu bearbeiten. Als selbst gehostetes System auf dem bereits vorhandenen Projektserver erfüllte es somit auch sofort alle Anforderungen des Datenschutzes.

Im weiteren Projektverlauf wurden in die Nutzung des neuen Systems auch die assoziierten Partner*innen eingebunden.



Quelle: Eigene Darstellung

Die Erfahrungen mit dem System waren gespalten. Zwar funktionierte das System technisch einwandfrei, allerdings fiel es den Projektbeteiligten schwer, das System konsequent in der Projektarbeit zu nutzen. Häufig erfolgte die Kommunikation über Gespräche und E-Mails, die Ergebnisse und Auswirkungen auf die Arbeitspakete wurden im System aber nicht vermerkt.

Von daher müsste einer stärkeren Integration des Systems in die vorhandenen Arbeitsabläufe in zukünftigen Projekten im Gesundheits- und Sozialwesen deutlich mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden.



Die eher technisch ausgerichteten Kolleg*innen konnten mit dem Instrument aufgrund der eher strukturierten Arbeitsweise sehr gut umgehen.

Feedback-Instrumente

DIGITALES UMFRAGE-TOOL

Ein digitales Umfragetool gibt den Akteur*innen die Möglichkeit, einen Fragebogen zusammenzustellen und diesen mit einem entsprechenden Link an die gewünschte Zielgruppe zu versenden. Darüber hinaus sind die Umfragen auf der Projekthomepage zu finden:

Startseite Ergebnisse Beteiligte Aktuelles **Fachkräfte-Portal** Patient*innen-Portal Kontakt

Austausch von Informationen/Feedback

Dokumente austauschen. Meinungsbilder schnell und unkompliziert einholen, Rückmeldungen gezielt einfordern: auch in diesem Zusammenhang können digitale Tools die tägliche Arbeit erleichtern. In diesem Zusammenhang sollte bei der Auswahl der Produkte allerdings auf die Einhaltung von Datenschutzvorgaben geachtet werden, sofern es sich um sensible oder personenbezogene Daten handelt.

Datencloud **Online-Befragung** Feedback-App Datenübertragung

Wir starten im Projekt immer wieder Online-Befragungen, um die Meinung möglichst vieler Fachkräfte in die Projektarbeit einfließen zu lassen.

Derzeit laufen keine Online-Befragungen.

Wenn Sie eine eigene Befragung starten möchten, finden Sie [hier](#) eine entsprechende Anleitung. Entsprechende Zugangsdaten zum Einloggen in das Konfigurations-Tool liegen den beteiligten Einrichtungen vor.

Quelle: www.zukunft-geriatrie.de

Die in dem Online-Formular getätigten Eingaben stehen unmittelbar als fertige Auswertung (zahlenmäßig sowie in Form von Grafiken) zur Verfügung.

FEEDBACK-APP

Detailliertere Rückmeldungen können über die im Projekt entwickelte Feedback-App geliefert werden, die auf Tablets oder beliebigen PCs läuft. Hier können beliebige Dokumente (Formulare, Anweisungen, Checklisten, Pläne, ...), die in einen zentralen Pool eingestellt sind, aufgerufen und mit individuellen Anmerkungen (gemalt, geschrieben, gesprochen) versehen werden.

Geplante Arbeitsgruppen zu Entwicklung konkreter Instrumente

1. Information- und Aufklärung über Geriatrie/ Gerontopsychiatrie

Informationsfilme

- → Zur Aufklärung/Information für Patienten und Angehörige
 - → Was ist eine Geriatrie?
 - → Wie läuft der Alltag auf einer geriatrischen Station ab?
 - → Welche Berufsgruppen sind involviert?
 - → Welche Angebote gibt es in der Geriatrie?
 - → Welches Patientenklitel ist geeignet, wer profitiert von der Geriatrie?
 - → Was ist der Unterschied zu einer AHB?
 - → Was kommt nach der Geriatrie?
- → Informationsfilme über die Einrichtung
 - → Selbstdarstellung
 - → Was macht die Einrichtung aus?



Quelle: Eigene Darstellung

Die Anmerkungen werden an eine zentrale Datenbank übermittelt und dort systematisiert gespeichert. Die Auswertung erfolgt anonymisiert. Da die Anmerkungen an konkreten Elementen des Dokumentes verortet sind, liefert die Datenbank eine quantitative und qualitative Auswertung des Dokuments und vereinfacht so die Weiterentwicklung.

Eine Anleitung zur Handhabung des Tools steht im Fachkräfteportal der Projekthomepage unter der Rubrik „Austausch von Informationen/Feedback“ zur Verfügung:

BEWERTUNGS-TOOL AUF DER PROJEKTHOME PAGE

Die in den Ideenwerkstätten entwickelten digitalen Kommunikationsszenarien konnten niedrigschwellig auf der Projekthomepage mit 1 bis 5 Sternen bewertet werden. Darüber hinaus hatten die Mitarbeitenden die Möglichkeit, Zusatzbemerkungen zu einzelnen Szenarien zu formulieren.

Einführung Ausstellung Übersicht Ausstellung Projekthomepage

Wie gefällt Ihnen dieses digitale Szenario?

Durchschnittliche Bewertung 4.6 / 5. Anzahl an Bewertungen: 9

Ihre Nachricht

SENDEN

Quelle: www.zukunft-geriatrie.de

Die Ergebnisse dieser Bewertungen wurden ebenfalls in anonymisierter Form ausgewertet und für die Umsetzung einzelner Szenarien im weiteren Projektverlauf herangezogen.

Christiane Weiling / Gerhard Weiling / Jochen Laible

Sektorenübergreifendes Hospitationsangebot für unterschiedliche Berufsgruppen

Im Rahmen der Erhebungsphase äußerten viele Beschäftigte unterschiedlicher Berufsgruppen den Wunsch, die Arbeitsweisen in anderen Einrichtungen kennenzulernen, um neue Impulse für die eigene Arbeit zu erhalten. Gerade Fachkräfte, die schon lange im Beruf sind, berichteten oft von eingefahrenen Routinen. Bei jüngeren Kolleg*innen stand dagegen der Wunsch im Vordergrund, einen größeren Einblick gerade auch in die Arbeit der Weiterversorgenden zu bekommen.

Auch im geriatrischen Lenkungsreis wurde das Thema diskutiert. Hier wurde deutlich, dass insbesondere an den Schnittstellen zwischen Krankenhaus und Altenpflege, aber auch zwischen dem ambulanten und stationären Bereich durch mehr Verständnis für die Arbeitsabläufe des Vor- bzw. Weiterversorgenden Schnittstellenprobleme abgebaut und somit die Versorgungsqualität der geriatrischen Patient*innen gesteigert werden können.

Beide Aspekte wurden bei der Konzeptionierung des Hospitationsangebotes berücksichtigt. Das Angebot richtet sich explizit an Beschäftigte aller Berufsgruppen in der geriatrischen Versorgung. Es kann sowohl von Mitarbeitenden aus Krankenhäusern, Arztpraxen, der Altenhilfe sowie niedergelassenen Therapeut*innen genutzt werden.

Das gilt sowohl für die Anfrage eines konkreten Hospitationsangebotes wie auch für das Angebot von Hospitationen durch die Einrichtungen.

Um den Arbeitsaufwand für alle Beteiligten möglichst gering zu halten, wurde ein Online-Formular entwickelt, welches über das fachkräfte-Portal auf der Projekthomepage zugänglich ist.

Im ersten Schritt wird die Einrichtung ausgewählt, in der die*der Interessierte hospitulieren möchte. Für alle Einrichtungen ist im Hintergrund eine eMail-Adresse hinterlegt, an die die Anfrage dann weitergeleitet wird.



Wählen Sie aus der folgenden Liste die Einrichtung aus, in der Sie gerne hospitieren möchten. Anschließend müssen Sie dann einige Angaben zu Ihrer Person und Ihren zeitlichen Wünschen machen. Ihre Anfrage wird dann an die entsprechende Einrichtung gesendet, die sich zur Abstimmung weiterer Details bei Ihnen meldet.

Bitte wählen Sie eine der unten stehenden Einrichtungen aus, um Ihre Anfrage zu stellen.

Marienkrankenhaus Schwerte, Geriatrie

Marienkrankenhaus Schwerte, geriatrische Tagesklinik

Christliches Klinikum Unna West, Geriatrie

Quelle: www.zukunft-geriatrie.de

Anschließend müssen entsprechende Felder mit den relevanten Informationen gefüllt werden. Notwendige Felder sind dabei als Pflichtfelder definiert, um unnötige Rückfragen aufgrund unvollständiger Informationen zu vermeiden. Die entsprechenden Felder wurden gemeinsam mit den beteiligten Einrichtungen im Projekt festgelegt.

Marienkrankenhaus Schwerte, Geriatrie

Name, Vorname *

Anschrift *

E-Mail *

Telefon (auch dienstlich) *

Berufsbezeichnung/Qualifikation *

Arbeitsort *

Gewünschtes Datum/Zeitraum *

Dauer des Hospitation (Tag/Tage) *

Anmerkungen, besondere Wünsche

Ich habe die [Datenschutzerklärung](#) gelesen und bin damit einverstanden. *

SENDEN

Quelle: www.zukunft-geriatrie.de

Im Anschluss kann die*der für die Hospitationen zuständige Mitarbeiter*in hausintern notwendige Absprachen treffen und persönlich Kontakt zu der*dem Anfragenden herstellen.

Janice Meister / Christiane Weiling

Prozesskette zur Visualisierung von Qualitätskriterien in der geriatrischen Versorgung

Ziel des Projektes war es, übergreifende Qualitätskriterien für die geriatrische Versorgung im Kreis Unna zu entwickeln. Diese sollten die gesamte Versorgungskette in der Geriatrie berücksichtigen.

Gemeinsam mit Akteur*innen aus den beteiligten Einrichtungen wurde berufsgruppenübergreifend ein Modell zur Visualisierung einer qualitativ hochwertigen geriatrischen Versorgung entwickelt.

Hierzu wurde der geriatrische Versorgungsprozess zunächst in unterschiedliche Teilprozesse aufgesplittet:

1. Bedarfsermittlung
2. Einweisung/Verlegung
3. Geriatrische Versorgung
4. Entlassung
5. Nachbetreuung/langfristige Begleitung

Im nächsten Schritt wurden alle Gruppen aufgelistet, die in den Versorgungsprozess in irgendeiner Form eingebunden sind:

Fachkräfte

- Niedergelassene Ärzt*innen
- Altenpflege
- Niedergelassene Therapeut*innen
- Ärzt*innen KH
- Pflege KH
- Therapie KH
- Sozialdienst

Nicht-Fachkräfte

- Angehörige
- Patient*innen
- Ehrenamtliche

Quelle: Eigene Darstellung

Im nächsten Schritt ging es darum, für jeden Teilprozess die Beteiligten, ihre Aufgaben sowie Kommunikationswege und -bedarfe zu erfassen.

Im Fokus stand dabei insbesondere, dass die Geriatrie einen ganzheitlichen Ansatz verfolgt. Patienten*innen und Angehörige müssen in den Behandlungsprozess unbedingt einbezogen werden. Daher wurde auf die Einbindung der Patient*innen und Angehörigen in den einzelnen Teilprozessen ein besonderes Augenmerk gelegt.

Einweisung/ Verlegung
Beteiligte und Aufgaben

Zukunft Geriatrie

Beteiligte	Aufgabe	Einbindung Angehörige	Einbindung Patienten

Quelle: Eigene Darstellung

Einweisung/ Verlegung Kommunikationswege / -bedarfe

Beteiligte	Kommunikation mit	Mögliche Medien

Quelle: Eigene Darstellung

Entstanden ist im Dialog mit den unterschiedlichen Akteur*innen (Ärzt*innen, Pflegekräfte, Therapeut*innen, Sozialdienst) die folgende „Prozesskette Geriatrie“, welche sowohl die kommunikativen wie auch die inhaltlichen Aspekte der geriatrischen Versorgung berücksichtigt:

Initialisierung und Vorbereitung des geriatrischen Aufenthaltes

Prozesskette



- Impuls Verlegung auf Geriatrie im Rahmen Visite (Chirurgie, Innere) und Rücksprache mit Geriatrie-Team
- Aufklärungsgespräch und Austausch über die Bedarfe (z.B. Wünsche, Ziele, Eignung) zwischen Ärzt*innen, Fachkräften, Angehörigen und Patient*innen
- Assessment durch den Sozialen Dienst

Handlungsfelder im Projekt

- Verbessertes Informationsfluss im Vorfeld -> Patient*innen besser aufklären -> Abbau von Ängsten und Unsicherheiten
- Niedrigschwellige Angebote (Gespräche, Filme, Broschüre...) machen das Konzept der Geriatrie greifbarer

Quelle: Eigene Darstellung

Der erste Teilprozess umfasst die Bedarfsermittlung sowie die Einweisung und Verlegung auf die geriatrische Station. Im Regelfall geht der Impuls von anderen Stationen im Krankenhaus aus. In Einzelfällen weisen auch niedergelassenen Kolleg*innen in die Geriatrie ein.

Um festzustellen, ob sich ein*e Patient*in für die Geriatrie eignet, führt der Sozialdienst ein Assessment durch. Bei diesem Assessment werden sowohl Ärztinnen*Ärzte als auch pflegende Angehörige hinzugezogen, um Bedarfe zu klären und die Eignung zu ermitteln.

Anschließend sollte den Patient*innen in jedem Fall das Konzept der geriatrischen Versorgung vorgestellt und ausreichend erläutert werden. Dies geschieht meist in Form von Aufklärungsgesprächen durch behandelnde Ärztinnen*Ärzte oder andere Fachkräfte. Nicht nur die Patient*innen sollten umfassend informiert werden, sondern ebenfalls die nächsten Angehörigen. Dies ermöglicht eine bessere Partizipation und erleichtert die Bedarfsermittlung. Dem Aufklärungsgespräch und dem Austausch über die Wünsche, Ziele und Ängste der Patient*innen und Angehörigen auf der einen und den Fachkräften auf der anderen Seite kommt in diesem Teilprozess eine besondere Bedeutung zu, da eine gute Aufklärung die spätere geriatrische Versorgung für alle Beteiligten deutlich erleichtert.

In diesem Zusammenhang besteht in der Praxis allerdings noch Nachholbedarf, weshalb im Rahmen des Projektes entsprechende Instrumente (Informationsfilm, ergänzende Informationsmaterialien) entwickelt und zusammengestellt wurden.

Die Einweisung bzw. die Verlegung wird in den meisten Fällen durch den Sozialdienst geleitet. Dieser meldet die Patient*innen in der Geriatrie an und füllt alle nötigen Formulare aus. Die Ärztinnen*Ärzte und der Soziale Dienst arbeiten von Anfang an eng zusammen. Das Sekretariat kümmert sich um die Einhaltung der Termine (Tag der Einweisung/Verlegung) und das Bettenmanagement koordiniert im Voraus die Verteilung der Betten. Bei Fragen oder Hinweisen zur Einweisung/Verlegung werden die Angehörigen hinzugezogen und frühzeitig informiert.

Geriatrische Versorgung



Quelle: Eigene Darstellung

Das Konzept der Hilfe zur Selbsthilfe und die damit einhergehende aktivierende und ressourcenorientierte Behandlung sowie die therapeutische Pflege stehen bei der geriatrischen Versorgung im Fokus. Des Weiteren wird auf die Kommunikation mit den Patient*innen und ihren Angehörigen großer Wert gelegt.

Zu Beginn des Aufenthalts wird der Ist-Zustand der Patient*innen erfasst und in einem therapeutischen Plan festgehalten. Dieser Plan enthält alle Ziele und Wünsche einer geriatrischen Versorgung, welche von den Fachkräften, Angehörigen und den Patient*innen geäußert werden. In den Teambesprechungen tauscht man sich über die bereits erreichten Ziele und weitere Behandlungsbedarfe aus. Außerdem bringen sich die Fachkräfte gegenseitig auf den neuesten Stand bezüglich der Behandlung der einzelnen Patient*innen.

Im Falle eines Hilfsmittelbedarfs, werden die benötigten Hilfsmittel frühzeitig angeschafft, um gemeinsam mit den Patient*innen den Umgang mit den neuen Alltagsbegleitern zu üben. So wird sichergestellt, dass die Patient*innen zum Entlass Termin selbstständig und sicher mit den Hilfsmitteln umgehen können.

Es besteht außerdem Kontakt zu verschiedenen Pflegeheimen, die Bewohner*innen aufnehmen könnten, um eine reibungslose Überweisung anbieten zu können, sollten die Patient*innen nach dem Aufenthalt in der Geriatrie nicht nach Hause, sondern in ein Pflegeheim kommen.

Im Laufe des Aufenthalts wird ein Entlass Plan erstellt, in welchem festgehalten wird, wie sich der Zustand während der geriatrischen Behandlung verändert hat und ob bzw. welche weiteren Anschlussbehandlungen von Nöten sind.

Beteiligte sind in diesem Teilprozess das gesamte geriatrische Team, externe Pflegeheime/Kliniken und die Angehörigen der Patient*innen sowie die Patient*innen selbst.

Die eigentliche geriatrische Versorgung im Krankenhaus wurde von den meisten im Projekt befragten Patient*innen und Angehörigen sehr gut bewertet. Besonders positiv empfanden es die Befragten, dass in der Geriatrie Zeit für Fragen und Gespräche vorhanden ist. Die überwiegende Zahl der Befragten gab an, mit der Kommunikation während des Aufenthaltes sehr zufrieden zu sein.

Auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit von medizinischem, pflegerischem und therapeutischem Personal funktioniert in der geriatrischen Versorgung meist sehr gut. Auch der Sozialdienst ist im Regelfall gut in diesen Teilprozess integriert.

Entlassungsvorbereitung



Quelle: Eigene Darstellung

Vor der Entlassung aus der Geriatrie wird noch einmal der Ist-Zustand der Patient*innen ermittelt und im Entlassbrief gemeinsam mit den Veränderungen bzw. Entwicklungen während des Aufenthaltes festgehalten.

Die Angehörigen und die Patient*innen klären gemeinsam mit dem Fachpersonal, ob die*der Patient*in wieder nach Hause zurückkehren kann oder in ein Pflegeheim überwiesen werden muss. Außerdem wird in Erfahrung gebracht, ob ein Pflegedienst oder eine Kurzzeitpflege erforderlich ist.

Die Fachkräfte beurteilen, ob und welche weiteren Behandlungen die*der Patient*in im Anschluss an die geriatrische Behandlung benötigt.

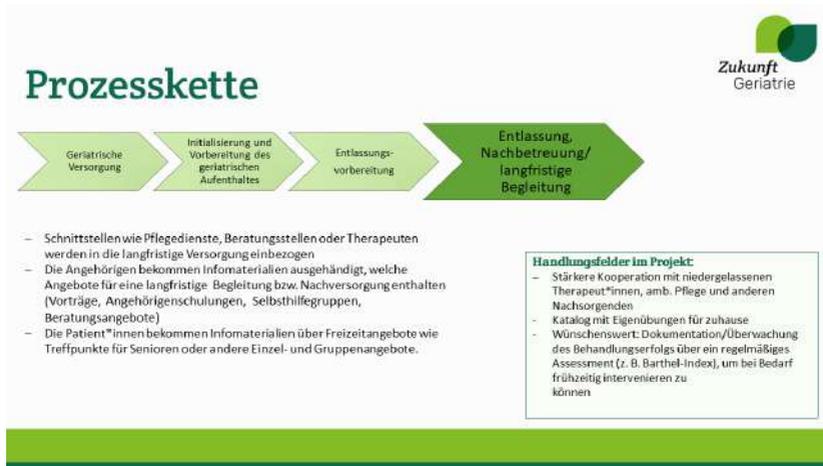
Im Vorfeld wird in Erfahrung gebracht, ob bereits ein Pflegedienst involviert ist und ob die*der Patient*in einen Pflegegrad besitzt. Im Zuge dessen wird geklärt, auf welche Leistungen die*der Patient*in möglicherweise Ansprüche hat.

Angehörige werden frühzeitig durch den Sozialen Dienst oder behandelnde Ärztinnen*Ärzte über das Entlass Datum informiert, um eine möglichst reibungslose Entlassung gewährleisten zu können. Nicht

nur die Angehörigen, auch die Hausärztinnen*Hausärzte der zu entlassenden Patient*innen werden frühzeitig über die Entlassung in Kenntnis gesetzt und mit weiteren Behandlungsempfehlungen versorgt.

Wenn nötig, organisiert das Sekretariat einen Transport für den Entlass Tag.

Entlassung, Nachbetreuung/langfristige Begleitung



Quelle: Eigene Darstellung

Im Rahmen der Entlassung werden die Angehörigen und Patient*innen über Angebote zur Nachversorgung informiert. Neben diesen Angeboten zur Nachversorgung werden die Patient*innen und Angehörigen auch über Gruppenangebote und weitere Therapiemöglichkeiten in Kenntnis gesetzt.

Die Angehörigen können (meist im Anschluss an die Entlassung) eine Schulung im Bereich der familiären Pflege erhalten.

Den Patient*innen wird ein Entlass Brief ausgehändigt, welcher unter anderem Behandlungsempfehlungen für eine langfristige Versorgung enthält. Diese Empfehlungen richten sich an die behandelnden Hausärzt*innen, welche die Aufgabe haben, sich um die weitere Behandlung zu kümmern.

Nachholbedarf besteht aufgrund der Erfahrungen und Erhebungen im Projekt hinsichtlich einer engeren Zusammenarbeit mit nachsorgenden niedergelassenen Therapeut*innen, ambulanter Pflege und Anbieter*innen von Beratung und Betreuung. Darüber hinaus findet bislang kein systematisches Monitoring hinsichtlich des Behandlungserfolgs der geriatrischen Versorgung statt. Hier wären regelmäßige Assessments wünschenswert.



Martina Böhmer

Traumasensible Qualitätsmerkmale / Ziele der traumasensiblen geriatrischen Versorgung

GRUNDSÄTZLICHES

Bei der traumasensiblen Versorgung geht es darum, ein Verständnis dafür zu entwickeln, welchen prägenden Charakter vergangene und aktuelle traumatische Erfahrungen für Lebensentscheidungen, die Entwicklung von Bewältigungsstrategien und nicht zuletzt das aktuelle Erleben haben können. Es geht nicht darum, die alten Menschen in „traumatisiert“ und „nicht traumatisiert“ zu unterteilen, sondern vielmehr zu hinterfragen, ob es sich bei bestimmten für Außenstehende nicht nachvollziehbare und als „komisch“ oder „unangemessen“ empfundene Verhaltensweisen um Strategien der Traumabewältigung oder sogar um eine Retraumatisierung handelt. Darüber hinaus ist es wichtig, möglichst keine neuen traumatischen Situationen entstehen zu lassen. Das ist in einer Hilfe- und Pflegebedürftigkeit nicht immer möglich, da (Körper-)Pfleger und viele medizinische und therapeutische Maßnahmen nah am Körper stets grenzüberschreitend ist. Wenn sich als traumatisch erlebte Situationen nicht vermeiden lassen, brauchen die Betroffenen eine emphatische Begleitung und ein gemeinsames Ausprobieren, wie Handlungen so verändert werden können, dass sie annehmbar sind.

Beispiele für mögliche Traumatische Erlebnisse geriatrischer Patient*innen

- Kriegserlebnisse wie z. B. Flucht, Vertreibung, Hungersnot, Bombardierungen, Vergewaltigungen, Ankommen in der Fremde, Aufenthalt im Lager
- Transgenerationale Weitergabe / Transgenerationale Traumata
- Bindungsstörungen und -verluste
- Sexualisierte und Häusliche Gewalt in sozialen Beziehungen (in der Vergangenheit und aktuell)
- Belastende Erlebnisse / Gewalt in der Kindheit



- Belastende Erlebnisse / Gewalt in Behinderten-, kirchlichen-, pflegerischen- und anderen (Erziehungs-) Einrichtungen
- Unglücke, Katastrophen, Überfälle
- Diskriminierungen aufgrund von u.a. Herkunft, Alter, Geschlecht, sexueller Orientierung und Identität, äusserer Merkmale, Beeinträchtigung, Religionszugehörigkeit...
- Rassismus Erfahrungen
- Gewalt im Kontext von Pflege
- Belastungen durch die Begleitung / Pflege von Angehörigen
- Belastungen im Zusammenhang mit der Corona-Pandemie
- Retraumatisierungen durch den russischen Angriffskrieg in der Ukraine
- weitere belastende Erlebnisse

Mit traumatischen (Gewalt-)Erlebnissen sind aber nicht nur Gewalt-Ereignisse im herkömmlichen Sinne, sondern auch „gewaltige“ Ereignisse, die als bedrohlich empfunden werden, gemeint wie zum Beispiel:

- Schwere / chronische Erkrankungen, Amputationen, Pflegebedürftigkeit
- Diagnose Demenz
- Demenzerkrankungen (eigene oder die von Angehörigen)
- Chronische, physische, psychische, neurologische und lebensbedrohliche Erkrankungen und Behinderungen
- Pflege von Angehörigen

ZIELE DER TRAUMASENSIBLEN VERSORGUNG

Daher bedeutet traumasensible Versorgung, dass die geriatrischen Patient*innen in ihrer Hilfs- und Pflegebedürftigkeit und der direkten Umgebung sicher sind, sich wohl fühlen, und so autonom wie möglich die medizinische, therapeutische und pflegerische Versorgung mitbestimmen und kontrollieren können. Sie sind in ihrer Selbständigkeit unterstützt bzw. gefördert, werden in ihren eigenen Ressourcen unterstützt bzw. gefördert und bekommen die medizinische, therapeutische und pflegerische Versorgung, die sie benötigen und wünschen.

Für die Einbeziehung von Angehörigen in die geriatrische Versorgung ist zu beachten:

Nur wenn es von den Patient*innen gewünscht wird bzw. der direkte Austausch mit ihnen nicht möglich ist, werden Angehörige in die geriatrische Versorgung mit einbezogen.

Angehörigen kennen oft die (traumatischen) Biografien ihrer Angehörigen nicht und/oder verstehen und kennen die entsprechenden und allgemeinen Notwendigkeiten und Bedarfe nicht. Auch ist zu bedenken, dass Angehörige möglicherweise Täter:innen / Betroffene von Gewalt sein können

VORBEREITUNG DES GERIATRISCHEN AUFENTHALTES

Aufklärungsgespräch für Patient*innen und Angehörige:

- Transparenz/umfassende Erläuterungen über die Geriatrische Station, Vorgehensweisen, Behandlungsangebote und -ziele, Teamzusammensetzung mit den jeweiligen Aufgaben - schriftlich und mündlich. Sinnvoll wäre ein Flyer sowohl in leichter Sprache als auch in multikulturellen Übersetzungen.
- Entwicklung eines gemeinsamen Behandlungs- bzw. Versorgungsplanes zwischen den einzelnen Professionen und soweit möglich mit den Patient*innen und - wenn gewünscht - mit den Angehörigen. Hier werden Ziele sowohl der Patient*innen als auch des Multiprofessionellen Teams miteinander abgeglichen.

TRAUMASENSIBLE GERIATRISCHE VERSORGUNG

Grundsätzliches

Durch die Notwendigkeit eines Aufenthaltes in einer geriatrischen Klinik oder einer Altenpflegeeinrichtung ist davon auszugehen, dass sich die älteren Menschen in einer belastenden und zumindest teilweisen Ohnmachtssituation befinden. Dies kann sie an frühere Belastungen / Traumata / Ohnmachtssituationen erinnern und entsprechende Reaktionen hervorrufen.

Alte traumatische Erinnerungen können aber auch durch aktuelle Ereignisse reaktiviert werden!

Dies kann auf kognitiver Ebene durch Bilder und Berichte, z. B. über den russischen Angriffskrieg in der Ukraine geschehen. Oder auf körperlicher Ebene durch Geräusche, Gerüche etc.. Wie auch auf emotionaler Ebene durch erneut erlebte Ohnmacht und Hilflosigkeit (wie z. B. eine beginnende oder bestehende Pflegebedürftigkeit) und/ oder Gefühle von Einsamkeit (Pandemie - Niemand hat mir geholfen!)

Bei diesen Ereignissen und vielen anderen Ereignissen können Erinnerungen an alte traumatische Erfahrungen ausgelöst werden. Hier spricht man von „Triggern“. Durch die gemeinsame Zielsetzung mit den Patient*innen ist zur traumasensiblen Versorgung der 1. Schritt getan.

Da es aber durch die Versorgung - insbesondere der körperlichen pflegerischen, ärztlichen, therapeutischen - immer wieder vorkommen kann, dass es bei den Patient*innen zu Retraumatisierungen kommen kann, ist es unabdingbar, dass das geriatrische Team ein Wissen zum Thema Trauma, Traumafolgen, Erkennen von Retraumatisierungen und Unterstützungsmöglichkeiten hat. Da dies umfänglich wahrscheinlich nicht bei allen Personengruppen ermöglicht werden kann, ist es zumindest wichtig, dass alle im Team zum Thema Trauma sensibilisiert sind und einzelne Mitarbeitende in dieser Thematik geschult sind. Nur so kann traumasensible Versorgung gelingen!

Dazu besteht auch die Möglichkeit einer Weiterbildung zur Traumafachberater*in. Bei Patient*innen, die möglicherweise mit Retraumatisierungen und vielleicht mit dem Erzählen ihrer Geschichten reagieren, ist es wichtig, zu verstehen, dass es bei den helfenden Personengruppen zu Sekundärtraumatisierungen kommen kann. (Das schließt selbstverständlich auch Ärzt*innen und Leitungskräfte mit ein.) Daher braucht es ein Konzept der Selbstfürsorge für das Geriatrische Team.

Im Geriatrischen Team sollten diese Fragen erörtert werden:

- Sind wir uns darüber bewusst, dass es zu belastenden Situationen in fast allen Kontakten kommen kann?

- Haben wir Strategien zur Bewältigung belastender Situationen, die im Gespräch / im Arbeitskontext mit den geriatrischen Patient*innen aufkommen können?
- Welche Unterstützung brauchen wir, welche Fortbildungen?
- Woher bekomme ich die?

Hilfreich ist es sicherlich, eine kontinuierliche Supervision einzubinden, in der insbesondere die Themen Trauma und Sekundärtraumatisierung mit allen Aspekten eingebracht werden können.

Ziele

Ziel in allen therapeutischen, medizinischen und pflegerischen Versorgungungen ist es, diese so sicher und selbstbestimmt wie möglich zu gestalten, um weder neue Belastungen / Ohnmachtssituationen oder gar Traumata zu verursachen, noch an alte zu erinnern.

Bei jedweder pflegerischer, therapeutischer, ärztlicher und sonstiger Versorgung ist daher das oberste Ziel für die Geriatrischen Patient*innen, dass sie mit ihren eigenen Ressourcen und Überlebensstrategien eingebunden werden. Um die Sicherheit, Kontrolle, Autonomie, Eigenmacht, Selbstfürsorge der Patient*innen gestärkt wird und somit Therapieziele erreicht werden können.

Wie kann traumasensible Versorgung aussehen?

Um diese Sicherheit, Kontrolle, Autonomie, Eigenmacht und Selbstfürsorge der Patient*innen stärken zu können, braucht es zuallererst bestimmte Voraussetzungen bei den Mitarbeitenden. Sie sollten:

- wissen und verstehen, dass ein z. B. ablehnendes / aggressives / apathisches Verhalten oder Reaktion auf eine Versorgungsmaßnahme aufgrund traumatischer Erfahrungen möglich ist
- wissen und verstehen dass Pflege- / Hilfebedürftigkeit per se von den Patient*innen als traumatisch erlebt werden kann
- wissen und verstehen, dass es für Frauen, Männer und LSTBIQ-Menschen, mit und ohne Migrationshintergrund, mit und ohne Behinderung unterschiedliche Bedarfe und Bedürfnisse gibt
- ressourcenstärkende Methoden kennen und anwenden können
- Trigger vermeiden

- Reorientierungsmöglichkeiten kennen und sie anwenden können

So kann das Geriatrie Team probieren für die Patient*innen Sicherheit zu schaffen, Traumaktivierung zu vermeiden, Kontrolle ermöglichen und die Selbstwirksamkeit der Patient*innen zu fördern.

Dies kann gelingen durch z. B.:

- Transparenz / alles erklären
- Beratungssituation auf „Augenhöhe“ durchführen
- „Ist das hier in Ordnung für Sie?“
- „Was brauchen Sie, um sich gut zu fühlen?“
- Kompetenzen erfragen und bestärken, Handlungsmöglichkeiten aufzeigen
- Ressourcenorientierung (was können Sie gut, was bringen Sie mit?)
- Gleichgeschlechtliche Pflege (oder auch nicht!)
- Gleichgeschlechtliche*r Dolmetscher*in (oder auch nicht!)

Um die Patient*innen-Compliance herzustellen / zu erhöhen geht es nicht nur darum, die Patient*innen aufzuklären. Wichtig ist auch, dass die Patient*innen selbst gefragt werden, wie sie bisher mit ähnlichen Erkrankungen und schwierigen Situationen umgegangen sind, was Ihnen dabei geholfen hat. Da dies in der Regel über teilweise jahre- oder jahrzehntelange erlernte Überlebens- / Hilfestrategien sind, sind diese - soweit wie möglich - einzubinden. Dies kann durchaus im medizinischen oder pflegerischen Sinne „schadhaftes“ Verhalten sein. Z. B. Dass vor einer Untersuchung, die angstbesetzt ist, eine Zigarette geraucht werden kann oder ähnliches. Im Weiteren geht es natürlich darum, „gesündere“ Alternativen mit den Patient*innen zu entwickeln. Dies ist auch im Hinblick auf die Nachsorge und Prävention wichtig.

Auch ist mit den Patient*innen abzusprechen, was sie zu Ihrer Sicherheit brauchen, in welchen Situationen sie Unsicherheit oder gar Ängste verspüren. Zum Beispiel kann es bei Patient*innen sinnvoller sein, einen Bauchdeckenkatheter statt eines Blasenkatheters oder das Verwenden von Inkontinenzmaterial zu verwenden. Das schützt Patient*innen vor ständigem Eingriff in ihre körperlich Intimität.

Wenn Absprachen / verbale Kommunikation mit den Patient*innen selbst (noch) nicht (umfänglich) möglich sind, sind Angehörige und bekannte Unterstützer*innennetzwerke, z. B. nicht verwandte Besucher*innen einzubeziehen. Und letztendlich gilt es mit einem traumasensiblen Verstehen die auch nonverbalen Verhaltensweisen und Symptome besser einschätzen und in die Versorgungsplanung aufnehmen zu können.

Zum Beispiel ist es unabdingbar, die Gründe für eine Erkrankung, für bestimmte Symptome, Verhaltensweisen, Unfälle, akute Ereignisse zu versuchen heraus zu finden. Bei einer Patientin, die durch häusliche Gewalt gestürzt und sich dadurch einen Oberschenkelhalsbruch zugezogen hat, reichen Gehübungen zur Sicherheit der Patientin natürlich nicht aus.

Um besser einschätzen zu können, ob es sich bei Verhaltensweisen, Symptomen um Traumafolgen durch Retraumatisierungen handeln könnte, hier einige Hinweise auf klassische Traumafolge Symptome, die häufig situativ auftreten:

- Angst- und Panikattacken
- Aggressionen
- Bewusstseinsstörungen, Halluzinationen
- Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen
- Plötzliche Desorientierung
- Schwitzen, Zittern
- Atembeschwerden / Luftnot
- Taubheit
- Das Gesagte wird nicht verstanden
- Absprachen werden nicht erinnert
- Schreckhaftigkeit und Nervosität, Übererregung (schnell auf „180“)
- Herzrasen
- Kalte Hände
- Nicht „anwesend“ sein
- Alles hinnehmen

Diese und andere Verhaltensweisen und Symptome der Patient*innen können natürlich auch aufgrund von Erkrankungen und aus völlig anderen Gründen auftreten.

Bei einem plötzlich / situativ auftretenden Verhalten können Methoden der Re-Orientierung, sogenannte „Skills“, ausprobiert werden. Diese machen auch bei Patient*innen mit der Diagnose Demenz Sinn, da sich Symptome und Verhaltensweisen ähneln:

- Abbruch der gegenwärtigen Situation
- Ortswechsel
- Gezieltes Ansprechen mit dem Namen
- Sicherheit bieten, Getränk anbieten
- Kleine Körperübungen (nach z. B. Croos-Müller)
- Boden spüren lassen
- Starke Reize mit z. B.: Igelball, Einweckgummis, Eisstückchen; kaltem Wasser, Weingummi mit Chili Geschmack
- Ablenken, Re-orientieren, z. B.:
- „stellen Sie bitte Ihre Augen scharf und zählen Sie mir 3 blaue, 3 runde, 5 lebendige Dinge auf“;
- „lauschen Sie bitte auf die Autos – jetzt die Vögel – und jetzt auf meine Stimme“;
- „halten Sie sich bitte fest am Stuhl – oder stemmen sie Ihre Füße in den Boden – nehmen Sie die Anspannung wahr – und jetzt lassen Sie wieder los – nehmen Sie den Unterschied zwischen Anspannung und Entspannung wahr“;
- „bitte streichen Sie über die Oberfläche des Sessels.“
- scharfe/beißende Gerüche (Essig, Ammoniak, Kampfer, Meerrettich...)

Bei allen Krankheitsbildern gilt es zu bedenken, dass für die Patient*innen nicht unbedingt alle bisherigen, wissenschaftlich fundierten Methoden, Versorgungsstandards der Klinik die richtigen sind.

Zudem ist es bei allen schriftlichen Dokumentationen wichtig, sie den Patient*innen und - wenn gewünscht - den Angehörigen zugänglich zu machen. Erfahrungsgemäß haben die Patient*innen - auch bedingt

durch Zeitmangel - bei ärztlichen Visiten große Sorgen, weil sie die Inhalte nicht verstanden haben, oft nicht wissen, was mit ihnen und warum passiert. Hier ist sicherlich Geduld gefragt, die dann allerdings an anderer Stelle Zeitersparnisse bringt, wenn die Patient*innen sich durch ausreichende Information und Austausch auch mit ihren Bedürfnisse sicher fühlen.

ENTLASSUNG / NACHBETREUUNG

Für die Nachversorgung ist es natürlich wichtig, mit den Patient*innen abzusprechen, bzw. mit Angehörigen zu eruiieren, was sie sich wünschen, welche Angebote für sie passend sind bzw. sein könnten. Es macht wenig Sinn, Patient*innen in eine therapeutische oder medizinische Maßnahme weiter zu verweisen, wenn diese nicht den Bedürfnissen oder auch den Erfahrungen der Patient*innen entspricht. Dies könnte für Patient*innen eine Situation sein, in der sie sich ohnmächtig fühlen. In der Beratungsstelle Paula e.V. sprechen ältere Frauen sehr häufig davon, dass sie nicht in schulmedizinische Versorgungsmaßnahmen gehen können, weil sie sich dort nicht mit ihren traumatischen Erlebnissen verstanden fühlen. Sie sprechen davon, dass sie ein traumasensibles Verständnis brauchen. Damit Behandler*innen verstehen, warum sie manche Untersuchungen oder Umgebungen nicht ertragen können oder mehr Zeit als andere brauchen, um sich mit Gegebenheit arrangieren zu können. Daher ist es auch wichtig, zu erfragen / zu eruiieren, ob es zum Beispiel geschlechtsspezifische Angebote braucht, alternative Heilmethoden, wie z. B. Homöopathie oder dergleichen.

Bei der Einbeziehung von Pflegediensten, Beratungsstellen oder körperlichen wie auch psychischen und sozialen Therapeut*innen sollten sich diese jeweiligen Personengruppen bei den Patient*innen bekannt machen, damit diese eine Entscheidungsmöglichkeit haben. Dies kann sowohl persönlich als auch digital oder schriftlich erfolgen. Für Frauen, Männer und LSTBIQ-Menschen oder auch Menschen mit Migrationshintergrund gibt es in vielen Städten mittlerweile passende ambulante und stationäre Versorgungsstrukturen.

Eine informative Quelle kann dazu die Beratungsstelle Paula e.V. in Köln sein.



Personalentwicklung im Verbund

Bernd Benikowski

Humanisierung der Digitalisierung – Soziale Innovation in der geriatrischen Versorgung

Das Teilprojekt der SRH-Hochschule in Nordrhein-Westfalen hatte zum Ziel, digitale Kommunikationsformen für die Mitarbeiter*innen, Patient*innen und Angehörige entlang der geriatrischen Versorgungskette zu entwickeln, zu erproben und zu evaluieren. Dabei stand im Vordergrund, digitale Kommunikation aus der Perspektive der Nutzer*innen zu erarbeiten. Nicht die technischen Möglichkeiten sollten die digitalen Anwendungsszenarien bestimmen, sondern die konkreten Bedarfe in der alltäglichen Arbeit der geriatrischen Versorgung inklusive der zahlreichen Kooperationspartner*innen.

Das Projekt war daher von Anfang an auf Teilhabe und Mitgestaltungsmöglichkeiten der Nutzer*innen ausgerichtet. Mitarbeiter*innen aus nahezu allen Berufen der geriatrischen Versorgung haben in Innovationswerkstätten systematisch darüber nachgedacht, wie die kommunikativen Prozesse zwischen den Kolleg*innen, den Patient*innen, aber auch den Familienangehörigen verbessert werden könnten. Dabei wurden selbstverständlich auch die Erfahrungen der Corona-Epidemie in die Visionsentwicklung einbezogen. Die Mitarbeiter*innen waren Teilnehmer*innen einer Sozialen Innovation. Die späteren Nutzer*innen gestalten aus ihrer Perspektive die technologische Entwicklung oder geben bestimmte Zielvorstellungen vor. Die Ergebnisse wurden visualisiert und sind in diesem Artikel detailliert beschrieben. Als digitale Ausstellung können die von den Mitarbeiter*innen entwickelten Kommunikationsvisionen auch unter <https://ausstellung.zukunft-geriatrie.de/> besucht werden.

Eine moderne Gesellschaft und ihre unterschiedlichen Organisationen und Institutionen sind ohne ständige Innovationen kaum vorstellbar. Die aktuellen großen Herausforderungen wie etwa der Klimawandel verlangen neue Ideen und Abkehr von altgewohnten Denkweisen. Innovation ist dabei nicht nur ein technischer Prozess, sondern bezieht die betroffenen Menschen als Gestalter*innen, Anwender*innen oder Nutzer*innen unmittelbar in den Entwicklungs-

prozess mit ein. Streng genommen ist Innovation selten ein rein technischer Prozess. In der Anwendung oder auch der Verweigerung zeigen sich die individuellen Interessen aus der subjektiven menschlichen Perspektive. Menschen früh an innovativen Entwicklungen zu beteiligen, ihre Kreativität und ihr Engagement einzubeziehen wird als Soziale Innovation bezeichnet. Der Entwicklungsimpuls geht von Menschen aus und wird nicht von technischen Restriktionen vorbestimmt. „Wer an „Innovationen“ denkt, stellt sich meist technische Innovationen vor. Wenn es darum geht, wie unsere Mobilität umweltschonender, Krankheiten weniger bedrohlich oder die Energieverwendung erfolgreicher werden sollen, suchen die meisten nach technischen Lösungen, anstatt neue soziale Praktiken zu entwickeln und Lebensstile zu verändern. Ein einseitig nur auf Technologie ausgerichtetes Innovationsverständnis begrenzt jedoch das Lösungsspektrum. Ohnehin sind komplexe Probleme mit technischen Innovationen allein nicht zu lösen. Bildung, gesellschaftliche Integration und gute Arbeit brauchen vor allem neue Denkweisen (Change of Mentalities) und verändert Praktiken“⁶.

Darüber hinaus richtet Soziale Innovation den Fokus auch auf mögliche negative oder unerwünschte Auswirkungen insbesondere von technischen Innovationen. Menschen werden in Entwicklungs- und Umsetzungsprozesse einbezogen, um ein rechtzeitiges Feedback zu geben und Anwendungsszenarien kreieren zu können, die menschlichen Bedürfnissen gerecht werden.

„Exemplarisch dafür steht die aktuelle Debatte um den Begriff „Arbeit 4.0“: Zukunftsprognosen über die mögliche Anzahl bedrohter Arbeitsplätze durch Automatisierungsprozesse können bei Menschen Ängste und Ablehnung hervorrufen, wenn nicht gleichzeitig auch über die gesellschaftliche Gestaltung des Wandels und seine inhärenten Chancen gesprochen wird. Hier setzen soziale Innovationen an: Sie verfolgen das Ziel, neue Formen des Arbeitens und Lebens zu etablieren, mit denen auf negative Folgeeffekte des technologischen Wandels - wie der Automatisierung - so reagiert werden kann, dass

⁶ Howaldt/Schwarz 2021

die gesellschaftliche Wohlfahrt auch in Zukunft gesichert ist. Wir meinen deshalb: Technologische und soziale Innovationen müssen bei der Gestaltung unserer Zukunft Hand in Hand gehen.“⁷

DIGITALE SENSIBILITÄT

Soziale Innovation bedeutet, seine Lebens- und Arbeitswelt kritisch zu betrachten und Verantwortung für die Umsetzung von Veränderungen oder technischen Entwicklungen zu übernehmen. Menschen sollten Gestalter ihrer Lebenswelten sein (oder werden) und sich nicht ohnmächtig gegenüber digitalen Neuerungen fühlen. Dazu ist eine Sensibilität notwendig, die dabei hilft zu entscheiden, was einen Arbeitsprozess tatsächlich verbessert und nicht nur „schneller“, „effizienter“ oder „fehlerfreier“ transformiert. Dies gilt insbesondere auch für die digitale Kommunikation.

Seit einigen Jahren hat sich, nicht zuletzt beschleunigt durch die Corona-Epidemie, die Anzahl der Videokonferenzen rasant erhöht und ist mittlerweile zu einem selbstverständlichen Instrument der beruflichen Kommunikation geworden. Es scheint, dass es gut gelingt, viele Präsenz-Besprechungen durch digitale Meetings zu ersetzen. Offenbar funktioniert es, denn Informationen werden ausgetauscht und Entscheidungen in einer digitalen Gruppe getroffen. Der technische Prozess wurde meistens erfolgreich umgesetzt, zumindest wenn Datenübertragungsprozesse solide geschaltet werden konnten.

Aber wie sieht die digitale Kommunikation aus der Perspektive sozialpsychologischer Prozesse aus? Gibt es einen Unterschied zwischen einem Gespräch face-to-face und einer Besprechung, in der sich die Menschen auf einem Computerbildschirm treffen? Natürlich gibt es gute Argumente für eine Videobesprechung wie etwa die Reduzierung der Fahrtzeit und -kosten. Aber nehmen wir erkennbar Einschränkungen unserer gewohnten kommunikativen Abläufe sensibel wahr?

Wenn wir allgemeine Kriterien für eine gute Kommunikation nennen sollen, dann dürfte sehr schnell das Wort „Blickkontakt“ fallen. Jeder

⁷ Landesportal Sachsen-Anhalt 2022

Mensch wird sicherlich zustimmen, dass der Blickkontakt eine herausragende Bedeutung in menschlichen Begegnungen hat. „Das liegt vermutlich daran, dass Blicke eine Signalfunktion haben: Sie dienen im Alltag dazu, das Miteinander aufeinander abzustimmen. So zählt beim Plausch nicht nur das Gesagte; wir werten ständig subtile non-verbale Signale aus. Mit Blicken koordinieren wir beispielsweise den Gesprächsfluss. Wir vergewissern uns, dass der andere noch zuhört, suchen nach Hinweisen, ob er uns zustimmt, und klären frühzeitig ohne Worte, wer wann spricht. Wer mit seinem Gesprächsbeitrag fertig ist, schaut den Gesprächspartner an und signalisiert so: Jetzt bist du dran. Während des Sprechens selbst wandert der Blick häufig im Raum herum. In der Regel hat das weder etwas mit Unhöflichkeit noch mit Schüchternheit zu tun. Es spart mentale Kräfte.“⁸

In digitalen Konferenzen gibt es keinen wirklichen Blickkontakt. Wir blicken nicht in die Kamera, sondern auf den Bildschirm - damit ist schon technikbasiert der Blickkontakt verhindert. Und wenn wir in einem Gruppengespräch bewusst in die Kamera schauen sollten, dürfte sich keiner der beteiligten Personen durch den „Kamerablick“ angesprochen fühlen. Alles also, was wir üblicherweise durch den Blickkontakt bei Gesprächspartner*innen auslösen, findet in der digitalen Konferenz erstmal nicht in der gewohnten Weise statt bzw. ist bisher technisch noch nicht möglich.

„Der direkte Blickkontakt als Zeichen sozialer Aufmerksamkeit ist eine einzigartige Erscheinung menschlicher Interaktion. Jetzt konnten Forscher des MPI das Phänomen, dass plötzlich gesuchter Blickkontakt die Aufmerksamkeit des Angeschauten besonders intensiv und kraftvoll auf sich zieht, erhellen. Ausschlaggebend für die Wirkungsmacht ist die kombinierte Verarbeitung von Blickreiz und Bewegungsreiz.

Die Erfahrung, dass der Blickkontakt die Aufmerksamkeit des Gegenübers schärft, haben wir alle schon gemacht. Dass es deshalb sinnvoll ist, bei einem Vortrag sein Publikum anzuschauen, ist längst eine Binsenweisheit. „Schau mich an, wenn Du mit mir redest“, geben wir Kindern mit auf den Weg, denn der Blickkontakt ist ein Teil der

⁸ Spektrum.de 2021

menschlichen sozialen Interaktion und Kommunikation. Dieses Phänomen, das es so nur bei Menschen gibt, wird als sozialer Aufmerksamkeitsreiz bezeichnet. Daneben gibt es auch die nicht-sozialen Aufmerksamkeitsreize, wie beispielsweise Licht, Geräusche oder Bewegung. Beide Reizformen sind jeweils für sich bereits ausführlich untersucht worden, in ihrer Kombination jedoch bisher weitgehend unerforscht geblieben.“

Dieses Beispiel des fehlenden Blickkontaktes in der digitalen Kommunikation zeigt uns auf, dass wir uns sensibilisieren sollten für die Auswirkungen fehlender wichtiger Kommunikationsbestandteile. Und es gibt viele weitere Elemente, die in der digitalen Kommunikation - zumindest aktuell - noch untergehen: Gruppenbildungsprozesse, räumliche Präsentationsbewegungen, Seitengespräche mit dem Nachbarn oder Bildung von Untergruppen sind nur einige Beispiele.

Und die Sensibilität für diese fehlenden Kommunikationselemente ist eine wichtige Voraussetzung, um notwendige Bedarfe an die technische Entwicklung digitaler Kommunikation zu stellen. Die Lösungen dafür dürfen die Ingenieur*innen und Techniker*innen finden. Aber Menschen bestimmen die psychosozialen Anforderungen. Tatsächlich gibt es schon technische Entwicklungen zu diesem Thema. „Stephan Odörfer kommt recht sympathisch rüber im Videomeeting. Er lächelt viel, ist geduldig, als die Internet-Verbindung zwischendurch stockt, macht Witze. Doch dass er sympathisch wirkt, könnte - zumindest teilweise - auch an einer Software liegen, und an Nuia, einem schwarzen, länglichen Gerät. Es sorgt dafür, dass der Nutzer den Blickkontakt in Videokonferenzen besser halten kann. Wie? Einmal installiert, verfolgt ein Eyetracker jede Bewegung der Augen. Es sendet dazu infrarotnahes Licht aus. Dieses wird von den Augen reflektiert und von dem Gerät erfasst - dadurch weiß der Eyetracker immer, wo man hinschaut.“⁹

Vielleicht etwas futuristisch. Fordern wir doch die technologischen Entwicklungen heraus und benennen, was wir aus der professionellen Perspektive für eine gut funktionierende psychosoziale Kommunikation in der digitalen Welt benötigen.

⁹ Süddeutsche Zeitung 1.12.2020

In Anlehnung an den Designbegriff der Bauhaus Künstler*innen „Form follows function“ könnte man die Prozesse der Sozialen Innovation „Technology follows human needs“ nennen. Nicht die Techniker*innen geben vor, wie die Welt gestaltet wird. Menschen werden in die Lage versetzt mitzuteilen, welche Technologien tatsächlich hilfreich sein können. Soziale und technische Innovationen sind keine Gegensätze, sondern sollten (möglichst) immer gemeinsam gedacht und realisiert werden.

SOZIALE INNOVATION UND VERANTWORTUNG

Die unten dargestellten Visualisierungen der Innovationswerkstätten lösen manchmal eine überraschende Reaktion aus: „Das ist doch keine Innovation, darauf hätte man doch selbst kommen können.“ Das stimmt eigentlich, aber zu fragen ist: Warum passiert die Umsetzung naheliegender Ideen (zu) selten? An Sozialen Innovationen können alle Nutzer*innen beteiligt sein. Jede Profession bringt ihr Erfahrungswissen ein. Das Besondere an Prozessen der Sozialen Innovation ist es, dass ausdrücklich alle Nutzer*innen einbezogen werden. Es wird keine technische Qualifizierung vorausgesetzt. Die Teilnehmer*innen sind alle Expert*innen ihrer fachspezifischen Berufswelt.

Dies lässt sich besonders gut mit dem unten visualisierten Beispiel des digitalen Sessels verdeutlichen. Die Teilnehmer*innen einer Innovationswerkstatt hatten sich über eine Situation während der Einschränkungen durch die Corona-Pandemie ausgetauscht. Den Bewohner*innen ihrer Senioreneinrichtung sind Tablets zur Verfügung gestellt worden, mit denen sie mit ihren Familienangehörigen kommunizieren konnten. Dies war aber im Patient*innenbett sehr ungemütlich, das Tablet konnte nirgendwo befestigt oder angenehm in der Hand gehalten werden. Nach einer kurzen analytischen Diskussion wurde die Idee geboren, einen bequemen Ohrensessel mit einem Teleskoparm auszustatten, an dem wiederum das Tablet befestigt werden konnte. Die Senior*innen sollten bequem im Sessel sitzen, das Tablet in angenehmen Abstand positionieren in entspannter Position mit den Familienangehörigen digital kommunizieren.

Darauf kann man selbst kommen. Das stimmt! Aber warum passieren dann diese kleinen Sozialen Innovation nicht selbstverständlich? Was

hindert also den Sozialen Innovationsprozess und was würde ihn fördern?

UMSETZUNG SOZIALER INNOVATION IN EINER ORGANISATION

„Wenn Unternehmen überleben wollen, müssen sie wettbewerbsfähig und innovativ sein. Das setzt verschiedene Dinge voraus: Sie sollten ihre eigenen Paradigmen hinterfragen und das Tempo der täglichen Operationen und strategischen Entscheidungen bestimmen können. Außerdem sollten sie vorausdenkend, strukturiert und mit System handeln. Das bedeutet, dass sie vorhandene Vorgehensweisen, Prozesse und Annahmen gezielt mit Blick auf die Zukunft hinterfragen und erforderliche Maßnahmen setzen.“¹⁰

Soziale Innovation ist kein Zufall. Wenn eine Organisation einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess etablieren möchte, dann sind Ressourcen in Form von Zeit und Personal einzuplanen. Die im Rahmen des Projektes durchgeführten Innovationswerkstätten haben den Mitarbeiter*innen die Möglichkeit gegeben, sich mit digitalen Visionen zu befassen und nach konkreten Lösungen zu suchen. Die Ideen sind sicherlich manchmal naheliegend, flossen aber bisher nicht in einen Umsetzungsprozess ein. Betrachten wir noch einmal das obige Beispiel des digitalen Ohrensessels. Möglicherweise hat sich schon ein Mitarbeiter über die Tablet-Situation der Senior*innen Gedanken gemacht. Aber diese Überlegungen münden selten in einen systematischen Prozess ein, der zu Entscheidungen oder Umsetzungen führt. Es besteht auch keine organisatorische Erwartung, dass ein*e Mitarbeiter*in Innovationen generiert.

Soziale Innovation bezieht jede*n Mitarbeiter*in mit ein, ist ein wichtiger Teil der Führungsarbeit und systematischer Bestandteil organisatorischer Prozesse. Die im Rahmen des Projektes „Zukunft Geriatrie“ durchgeführten Innovationswerkstätten können in jeder Organisation der geriatrischen Versorgung umgesetzt werden. Es lohnt sich,

¹⁰ Gerstbach 2018, S. 12



technologische Entwicklungen durch einen in der eigenen Organisation eingebunden sozialen Innovationsprozess auf die spezifischen Bedürfnisse anzupassen.

Vielleicht erhalten Sie durch die Visualisierungen der Innovationswerkstätten einige Impulse für Ihre eigene Arbeitswelt. Lassen Sie sich auch anregen, soziale Innovationen in Ihrer Organisation systematisch zu entdecken und umzusetzen. Die Durchführung von Ideenwerkstätten ist in diesem Transferhandbuch beschrieben. Humanisieren Sie die Digitalisierung Ihrer Organisation!

Magdalene Bender

Innovation in der geriatrischen Versorgung – Partizipation durch Ideenwerkstätten

Im Rahmen des Modellprojektes „Zukunft Geriatrie“ sollten von der SRH Hochschule in Nordrhein-Westfalen digitale Kommunikationsszenarien entwickelt und erprobt werden. Um im Sinne einer Sozialen Innovation die Perspektiven und professionellen Bedarfe der geriatrischen Mitarbeiter*innen einzufangen und zu dokumentieren, wurde die von Robert Jungk entwickelte Methode der Zukunftswerkstatt in modifizierter und digitalisierter Form eingesetzt. In diesem Beitrag wird die Umsetzung in theoretischer und praktischer Sicht beschrieben und diskutiert. Vor allem wird dargestellt, wie - nicht nur in geriatrischen Einrichtungen - Ideenwerkstätten zur internen Innovation genutzt werden können.

Im Projekt „Zukunft Geriatrie“ steht die Vernetzung und Digitalisierung der Arbeitsprozesse ebenso wie die Kommunikation der beteiligten Personen im Vordergrund. Die psychosoziale Rahmung, also die Aspekte, die Kommunikation erleichtern und die Bedürfnisse der Kommunikationspartner*innen beschreiben, sind der Fokus der Forschung. Der Schwerpunkt des Projekts liegt dabei nicht auf den digitalen Medien, die oftmals in anderen Kontexten schon genutzt werden. Allein Patient*innen ein Tablet zur Verfügung zu stellen, mit dem eine Videokonferenz technisch machbar ist, reicht nicht immer aus. Die psychosozialen Aspekte wie zum Beispiel Atmosphäre, Blickkontakt, Vertrauen etc. sollen dabei mitgedacht und mit digitalen Möglichkeiten aufeinander abgestimmt werden. Um die Kommunikation präziser aus der Sicht der Nutzer*innen beschreiben zu können und die Partizipation zu fördern, wurden Ideenwerkstätten mit den Mitarbeitenden der Krankenhäuser und anderen Partner*innen im Verbund geführt. Dabei wurde mit den Teilnehmenden nach der Methode der Zukunftswerkstatt nach Jungk gearbeitet. Die Methode wurde für das Projekt etwas verändert, zum Beispiel fanden diese zum Großteil pandemiebedingt digital per Zoom in Gruppengrößen von meist zwei bis drei Teilnehmenden statt.

DIGITALISIERUNG VON ORGANISATIONEN DURCH PROJEKTE

Digitalisierung oder Arbeit 4.0 ist aktuell eine zentrale Thematik in vielen Organisationen, die Schwerpunkte liegen dabei oft auf Internetverbindungen, W-LAN, Datenschutzverordnungen oder digitalen Programmen zur Umsetzung und Vernetzung. Die Kommunikation an sich rückt dabei in den Hintergrund. Digitalisierung erfordert „eine umfassende Anpassung in Strategie, Organisation, Prozessen, Kompetenzen, Arbeitsmethoden und Kultur“¹¹. Um diese Anpassung erfolgreich zu meistern, benötigt es ein Projektmanagement, welches die Chance für Lernprozesse und Innovationen bietet. Die Umsetzung durch die Akteur*innen der Sozialen Arbeit scheint naheliegend, denn diese verfügen über gute Potenziale: die weichen Faktoren wie Kommunikations- und Teamfähigkeit, Konfliktlösungsstrategien und das Beherrschen von Kreativitätstechniken, ebenso wie die Fach- und Methodenkompetenz können im gesamten Prozess eingebracht werden.¹² Denn ein zentrales Ziel und wichtige Intention von Projektarbeit ist es, Innovationsprozesse in Gang zu setzen, interne Lernprozesse im Sinne einer ‚lernenden Organisation‘ anzuregen und damit Organisationsentwicklung voranzutreiben.¹³ Digitalisierung kann die tradierten Praktiken zum Beispiel bei der Onlineberatung nicht ersetzen, dennoch kann diese Methode alltagsnahe und lebensweltorientierte Zugänge schaffen. Dies kann zu einer gerechteren und demokratischeren Beratungslandschaft führen und somit kommunikative Möglichkeiten und Teilhabechancen vergrößern.¹⁴ Durch die Einbindung der Zielgruppe in den Prozess können Bedarfe, Aufgaben und Ziele treffsicherer an das Projekt geknüpft werden.¹⁵ Hierbei bieten zukunftsorientierte Großgruppenmethoden die Möglichkeit, einen Großteil des Personals in Organisationen in den Prozess miteinzubinden.¹⁶ Zu beachten sind dabei die Vorbehalte der Mitarbeitenden ge-

¹¹ Pözl/Wächter 2019, S. 97

¹² vgl. Nüß 2005, S. 168f.

¹³ vgl. Nüß/Schubert 2005, S. 19

¹⁴ vgl. Engel 2019, S. 36

¹⁵ vgl. Nüß 2005, S. 172

¹⁶ vgl. Gesmann/Merchel 2019, S. 158

genüber Digitalprojekten, die auf die Unsicherheit des Neuen reagieren, ohne zu wissen, was sie bekommen könnten.¹⁷ Die Aufgabe besteht für Führungskräfte darin, die Unsicherheiten wahrzunehmen und gleichzeitig eine attraktive Zukunftsperspektive zu schaffen, auf die es sich hinzuarbeiten lohnt, die zugleich aber nicht zu visionär erscheint.¹⁸

BESCHREIBUNG DER METHODE ZUKUNFTSWERKSTATT

Die Methode der Zukunftswerkstatt ist eine aktivierende Methode, die ihren Ursprung in der Bürgerbeteiligung hat, um Beteiligte zu Wort kommen zu lassen und Demokratisierungsprozesse voranzubringen. Robert Jungk konzipierte diese Methode für Gruppen in der Größe von 15 - 25 Teilnehmenden, bei größeren Gruppen wird eine Aufteilung in Parallelgruppen empfohlen.¹⁹

Es gibt andere vergleichbare Methoden für Gruppen, die den Fokus auf den futuristischen Charakter legen und Zukunftsvisionen entwickeln können. Durch die Gruppengröße werden Synergieeffekte deutlich, die in anderen Methoden wie z. B. World Café, Open Space oder Pro Action Café ebenso zu finden sind. Hierbei werden methodisch viele Gruppenteilnehmer*innen benötigt, da die Ideen von Kleingruppen immer weitergedacht werden. Daher wurde sich für die Methode Zukunftswerkstatt entschieden.

Durch die Methode Zukunftswerkstatt wird durch Fragen und Techniken die Imaginationskraft der Teilnehmenden angeregt. Sie werden motiviert, sich Dinge vorzustellen, die sie zuvor noch nicht gedacht hatten. Partizipation, Selbstorganisation, Kreativität und eingreifende Zukunftsgestaltung sind Schlüsselworte, die untrennbar von der Methode Zukunftswerkstatt sind. „Prinzipien der Situationsorientierung, Problemorientierung, Interessen- und Bedürfnisorientierung, Handlungsorientierung sowie das Betroffenheitsprinzip“²⁰ sind Prinzipien, die ihre Schwerpunkte bei der Gestaltung der Arbeit und

¹⁷ vgl. Falkenreck 2019, S. 14

¹⁸ vgl. Gesmann/Merchel 2019, S. 156f.

¹⁹ vgl. Jungk/Müllert 1981, S. 76

²⁰ Weinbrenner 1988, S. 531

Technik finden. Mitgestaltung und Mitbestimmung fördern die Problemlöse- und Ideenfindungskompetenz, die Teilnehmenden können durch die Partizipation an diesem Prozess direkt teilhaben. Die unterschiedlichen Phasen sind scharf voneinander getrennt und für die Inhalte sind die Teilnehmenden verantwortlich, die Aufgabe der Moderation ist die Ausführung der Methode.²¹

Die Methode umfasst drei Schritte:

1. Kritikphase oder „Kritik und Katharsis“

In dieser ersten Phase sollen die Probleme im Hinblick auf die Fragestellung offengelegt und Schwachpunkte der bisherigen Praxis beschrieben werden. Hierbei können Techniken wie z. B. Brainstorming oder Mindmapping hilfreich sein, um die Assoziationen zu visualisieren und zugleich zu protokollieren. Am Ende dieser Phase einigt sich die Gruppe auf einen Problembereich, der in der nächsten Phase bearbeitet werden soll. Die Teilnehmenden werden durch entspannende Techniken in eine Ruhephase geschickt, um Abstand zu gewinnen und sich für die nächste Arbeitsphase zu entspannen.

Aufgaben und mögliche Techniken in der Kritikphase:

- Was ist das Problem/Anliegen? Was ist das Ziel der Werkstatt?
- Entscheidende Kritikpunkte erfassen, dabei auf Themenbezug achten, kurzfassen und dennoch nachfragen und präzisieren lassen.
- Nachfragen, um Hintergründe und Abläufe besser zu verstehen. Dabei sollte nicht nach Schuld gefragt werden, sondern explizit nach den Prozessen.

²¹ vgl. Müllert 2009, S. 270

- „Mindmapping“ nach Tony Buzan in Verbindung mit „Sammeln auf Zuruf“²²: Durch ein Stichwort werden die dazu einfallenden Begrifflichkeiten oder Schwierigkeiten von dem*r Moderator*in gesammelt und direkt zugeordnet. Der*die Moderator*in clustert zu „Zweigen und Ästen“²³, durch die Zurufe der Teilnehmenden fühlen sie sich für weitere Ideen angeregt. Allerdings erhöht dies die Wahrscheinlichkeit, dass durch die zuvor geäußerten Einfälle besonders aus dem Raster fallende Ideen nicht genannt werden,²⁴ bzw. die Bandbreite der Nennungen geringer ist.

2. Phantasiephase oder „Utopie und Phantasie“

In dieser Phase werden die Teilnehmenden angeregt, zunächst ihre Ziele positiv umzuformulieren, dabei aber nicht zu eng zu fassen.²⁵ Dadurch wird eine kreative Umgebung und phantasievolle Atmosphäre geschaffen, damit der Möglichkeitssinn entzündet wird. Die Teilnehmenden werden stimuliert, kreative Einfälle, Träume und Ideen zu äußern, auch „unkontrolliertes Herumspinnen“ ist erlaubt. Dabei soll es keine Denkverbote geben, die Ideen müssen nicht realisierbar oder bezahlbar sein. Leitsätze dafür können sein: „Keine Kritik an Äußerungen“, „Quantität geht vor Qualität“, „Unsinnige Ideen sind erwünscht“, „Ideenklau ist erwünscht“²⁶.

In dieser Phase geht es allein um die kreativen Denkprozesse, den Teilnehmenden Ideen zu entlocken, die sie selbst noch nicht kennen, geleitet durch ein Bauchgefühl und weniger Kopfdenken. Die hohe eigene Betroffenheit durch das Thema ihrer eigenen Arbeit kann dabei anregend wirken.²⁷ Durch die Aufteilung großer Gruppen in kleinere Teams kann zusätzlich ein Synergieeffekt eintreten. Am Ende dieser Phase werden die Gruppenergebnisse diskutiert und ergänzt

²² Dauscher/Maleh 2006, S. 141

²³ Dauscher/Maleh 2006, S. 57

²⁴ vgl. ebd.

²⁵ vgl. Dauscher/Maleh 2006, S. 148

²⁶ Dauscher/Maleh 2006, S. 155

²⁷ vgl. Dauscher/Maleh 2006, S. 130

und eine Bewertung bezüglich Wünschbarkeit und Innovation gegeben.

Aufgaben und mögliche Techniken in der Utopie Phase:

- Kreative Einfälle, Träume und unkontrollierbares Herumspinnen ist erlaubt.
- Stellen Sie sich Ihren Arbeitsplatz in zehn Jahren vor, was hat sich verändert, verbessert, zum Vorteil gedreht? Was glauben Sie, ist der Vorteil von...?
- Brainwriting: Teilnehmende schreiben ihre Ideen auf. Der Vorteil ist, dass jede*r Teilnehmende sich auf ihre*seine Gedanken konzentrieren kann, auch ruhigere oder stillere Teilnehmer*innen entwickeln Ideen und haben die Möglichkeit, diese zu äußern, fühlen sich durch schnellere oder lautere Teilnehmende nicht gestört.²⁸
- Methode 635: Teilnehmende schreiben drei ihrer Ideen auf und reichen diese reihum weiter. In die Blätter der Vorgängerin bzw. des Vorgängers werden wiederum drei Ideen eingetragen, die (a) eine Ergänzung der Vorgängerideen, (b) eine Variation der Vorgängerideen oder (c) völlig neue Ideen sein können. Die Blätter werden wieder in der gleichen Richtung weitergegeben. Das Verfahren ist beendet, wenn jede*r ihr*sein Blatt zurückerhält.²⁹
- Kopfstandmethode: Eine Frage wird aus der gegenteiligen Perspektive gestellt und regt somit die Teilnehmenden zu anderen Blickwinkeln an: Beispiel: Was müssen wir machen, damit es auf keinen Fall funktioniert?³⁰

3. Realisierungsphase oder „Strategie und Umsetzung“

In dieser Phase werden die Ideen wieder in den Kontext des Alltags gebracht und es erfolgt eine Überprüfung der Tauglichkeit durch eine

²⁸ vgl. Gerling / Gerling 2018, S. 105f.

²⁹ vgl. Eppler et al. 2014, S. 188ff.

³⁰ vgl. Backerra et al. 2020, S. 56

nüchterne, kritische Betrachtung. Es werden Vor- und Nachteile untersucht und die Realisierungschancen und Machbarkeit überprüft. In erneuten Kleingruppen werden Abläufe und Arbeitsschritte festgehalten, um die konkrete und kontinuierliche Weiterarbeit zu gewährleisten.

Aufgaben und mögliche Techniken in der Realisierungsphase:

- Kritische Betrachtung und Überprüfung der Realisierungschancen
- Strategie, welche Ideen unbedingt übernommen werden müssen³¹
- Erstellen eines Aktionsplans: Die Beteiligten halten auf dem Plan genau fest, was bis wann von wem erledigt werden soll.

Zusätzlich zu den Phasen der Zukunftswerkstatt sollte Zeit für das Kennenlernen und die Einführung zuvor und die Dokumentation der Ergebnisse danach miteingeplant werden.³²

Die Methode Zukunftswerkstatt verfolgt in allen drei Phasen das Trichtermodell³³, welches sich zu Anfang erst öffnet, dann die Beiträge einengt und folgend zu einer Entscheidung für die nächste Phase gelangt. Die Auswirkungen der Methode sind der Demokratisierungs- und Motivationseffekt. Dadurch, dass alle Teilnehmenden gleichberechtigt in ihren Meinungen sind, werden das Selbstgefühl und der Mut gestärkt, sich aktiv und eigenverantwortlich um eigene Interessen zu kümmern. Jede*r Teilnehmende hat die gleichen Chancen auf Meinungsäußerung, da aus der eigenen Sicht und den persönlichen Erfahrungen berichtet wird.³⁴ Der Kreativitäts- und Lerneffekt zeigt, dass Personen oder Probleme aus einer anderen Perspektive außerhalb der eingefahrenen Bahnen beleuchtet werden können. Zusätzlich gibt es den Synergieeffekt, der gerade bei Personen aus unterschiedlichen Arbeitsfeldern beflügelnd wirken kann.³⁵ Die

³¹ vgl. Jungk/Müllert 1981, S. 113

³² vgl. Jungk/Müllert 1981, S. 77, S. 118

³³ vgl. Kuhnt/Müllert 1996, S. 60ff.

³⁴ vgl. Jungk/Müllert 1981, S. 133

³⁵ vgl. Holzinger/Spielmann o.J., S. 6

Teilnehmenden werden durch diese Methode und das dahinterstehende humanistische Menschenbild bewegt, ihre Zukunft mit in die Hand zu nehmen und positiv zu beeinflussen.

MODIFIZIERUNG DER METHODE AUS AKTUELLEM ANLASS

Durch die Besonderheit der Pandemie war es zum Zeitpunkt der Erhebung nicht verantwortbar, sich mit den zu befragenden Personen im „face-to-face“ Kontakt zu treffen, um die Risikogruppe der alten Menschen und deren Kontaktpersonen zu schützen. Viele Einrichtungen, besonders Krankenhäuser, beschränkten Besuche und Fortbildungen, Arbeitskreise und andere Möglichkeiten des Austausches im „face-to-face“ Kontakt. Dies erforderte ein Forschungsdesign, welches auf diese Besonderheit Rücksicht nimmt. Die zunächst naheliegendste Variante ist die Umstellung auf die Onlineversion, die in vielen Bereichen schon im ersten Lockdown schnelle Vereinfachung der Möglichkeiten geboten hat. Dennoch ist eine bloße Umstellung des persönlichen Kontakts auf digitale Medien, besonders im Gruppenkontext, nicht eins zu eins zu übersetzen und birgt Schwierigkeiten.

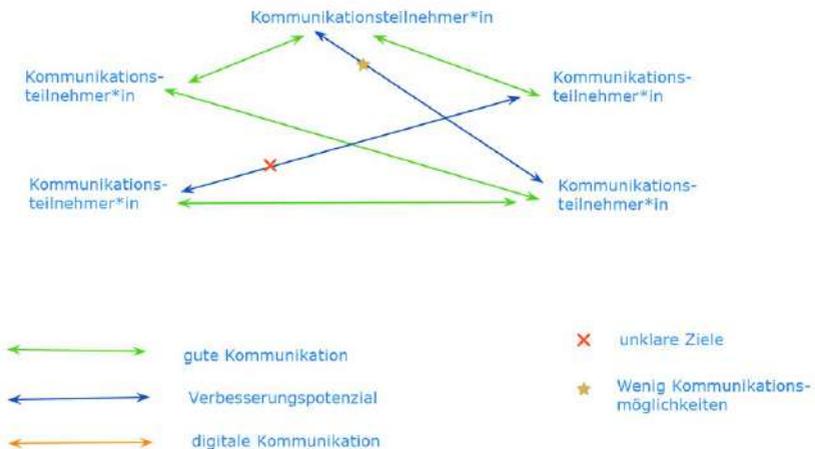
Die Umstellung auf ein Onlineformat, in dem die Teilnehmenden sich virtuell treffen und sich dort über ihre Ideen austauschen, funktioniert in der Gruppengröße von 15-20 Personen bedingt, besonders wenn die Teilnehmenden sich nicht zuvor bekannt sind und sich nicht alle zugleich sehen können. Die Hemmnisse gegenüber der Technik, wenn diese nicht alltäglich genutzt wird, sind groß und somit wenig Erfahrung vorhanden. Die Anforderungen an die Technik, also die Ausstattung in Form eines Endgerätes mit einer stabilen Internetverbindung und die Kompetenz, dies auch benutzen zu können, müsste vorausgesetzt werden. Das digitale Medium hemmt eine Diskussion bzw. den regen Austausch, da die sonst üblichen Kommunikationsregeln nicht einwandfrei funktionieren. Durch unterschiedliche Übertragungszeiten fangen die Teilnehmenden beispielsweise zeitgleich an zu reden, bemerken durch die Verzögerung ein gleichzeitiges Sprechen und verstummen dann. Dadurch kommt weniger Redefluss zustande.

Erfahrungswerte, wie diese Methode in digital genutzt werden kann, sind in der Literatur noch nicht zu finden. Ebenso sind keine Erfahrungswerte beschrieben, wie sich das auf den kreativen Prozess und

den Synergieeffekt auswirkt, wenn aufgrund der digitalen Methode die Gruppen auf eine kleinere Gruppenzahl begrenzt werden.

BESCHREIBUNG DER MODIFIZIERTEN METHODE

Der Zeitrahmen für die Zukunftswerkstatt, die im folgenden Prozess Ideenwerkstatt genannt wurde, musste gekürzt werden, da die Ressource Zeit ein großer Faktor für die Bereitschaft zur Teilnahme war. Die Methode wurde auf einen Zeitrahmen von 90-120 Minuten gekürzt und für vier Teilnehmende aus den verschiedenen Einrichtungen geöffnet. Diese bekamen zuvor eine Einladung mit einem Link und benötigten ein Endgerät mit Kamera, Mikrofon und einer stabilen Internetverbindung. Nach kurzer Vorstellung und Erklärung der Methode wurde der Bildschirm der Moderatorin geteilt und die erste Phase auf dem Whiteboard erschien für die Teilnehmenden schon vorbereitet. Die grundlegenden Kommunikationsteilnehmer*innen sowie die Legende geben einen ersten Überblick über die abgeschlossene erste Arbeitsphase (Abb. 1).



Quelle: Eigene Darstellung

In dieser Phase wurden die Teilnehmenden nach ihren Kommunikationspartner*innen innerhalb der geriatrischen Versorgung gefragt,

die wichtig für ihre Arbeit waren. Diese wurden in zufälliger Anordnung dokumentiert und während der nächsten Frage mit farbigen Pfeilen verbunden (siehe Legende in der Abb.1). Dabei wurde folgende Reihenfolge eingehalten:

- Mit wem läuft die Kommunikation gut?
- An welchen Stellen gibt es Verbesserungspotenzial?
- Wo gibt es digitale Kommunikation? Welche?

Auf mögliche Unterschiede wurde explizit hingewiesen und diese wurden ebenso dokumentiert. Zum Beispiel wenn die Kommunikation zwischen zwei Kommunikationspartner*innen von einer*m Teilnehmenden als gut und von einer*m anderen aus der subjektiven Wahrnehmung als verbesserungswürdig angesehen wurde, wurden beide Meinungen als Pfeile markiert.

Die blauen Pfeile, die ein Verbesserungspotenzial beschreiben, wurden ebenso mit einem Stempel versehen, der eine neue Legende (siehe unten rechts) generierte. Die Teilnehmenden sollten das Problem kurz erläutern, so dass diese Beschreibung in Stichworten dem passenden Stempel zugeordnet werden konnte (s. Abb.1).

Die dritte Frage nach der Nutzung von digitaler Kommunikation wurde durch orangene Pfeile markiert oder Programme zur Kommunikation, wie zum Beispiel GERDA, neben die Legende geschrieben. Dabei wurden Telefon, Fax oder E-Mail nicht dokumentiert, sondern nur, wenn dies explizit als kürzliche Neuerung beschrieben wurde.

Anschließend einigten sich die Teilnehmenden auf eine Kommunikationsschwierigkeit, an der sie in der nächsten Phase der Ideenwerkstatt gemeinsam weiterarbeiten wollten. Die Teilnehmenden hatten dann die Möglichkeit, sich ein Getränk zu holen oder eine kurze Pause von zwei Minuten zu machen, da die vorherige Zeichnung gespeichert und die nächste Seite mit der Fragestellung von der Moderatorin vorbereitet wurde. Nach dieser kurzen Unterbrechung wurden die Teilnehmenden eingeladen, sich in kurzen Stichpunkten Ideen zu notieren, wie sie diese Schwierigkeit verbessern könnten. Dabei gab es keine Denkverbote, alle Ideen waren erlaubt, auch unrealistische, unbezahlbare oder noch nicht erfundene Anregungen wurden sehr be-

grüßt. Diese Stichpunkte wurden nach Zuruf auf dem digitalen Whiteboard dokumentiert und alle Teilnehmenden wurden eingeladen, diese Ideen zu ergänzen, zu variieren oder erneut völlig neue Ideen zu generieren, angeregt durch die Vorgängerideen. Nach ca. dreißig Minuten Ideensammeln wurde sich erneut auf eine Idee geeinigt, die alle Teilnehmenden ansprach. Diese Idee wurde dann in der dritten Phase, der Realisierungsphase, detaillierter besprochen, wie diese Idee genauer aussehen und welche Funktionen sie erfüllen müsste. Im Gegensatz zur ursprünglichen Methode ging es nicht um die Umsetzung und Realisierung, sondern um die mögliche praktische Handhabung, wenn diese Idee zum Einsatz käme.

Den Teilnehmenden wurde der Plan über eine Ausstellung berichtet, Dank für die Zeit und die Ideen ausgesprochen und die Ideenwerkstatt beendet.

DURCHFÜHRUNG DER METHODE

Die Teilnehmenden der Ideenwerkstatt sollten aus allen Krankenhäusern und anderen Einrichtungen des Projektverbunds kommen. Dabei sollten alle Berufsgruppen homogen aus verschiedenen Krankenhäusern teilnehmen, um die Ähnlichkeit des Berufsfelds zu nutzen, und damit die Teilnehmenden sich untereinander kennenlernen konnten.

Zunächst wurde die Methode der Ideenwerkstätten den Chefärzt*innen der geriatrischen Stationen und der Gerontopsychiatrie vorgestellt. Dabei wurden weitere Ansprechpartner*innen benannt, die sich für die Teilnahme an den Ideenwerkstätten verantwortlich fühlen sollten. An diese Personen wurde die Einladungs-E-Mail verschickt, in der die Termine für die verschiedenen Berufsgruppen terminiert waren. Es wurden mehrere Termine für Psycholog*innen, Pflegekräfte, Ärzt*innen und Mitarbeitende aus dem Sozialen Dienst angeboten. Die Teilnehmenden sollten sich zunächst über eine Doodle Abfrage für einen Termin melden, damit nicht zu viele Teilnehmende pro Termin anwesend seien. Auf diese Termine meldeten sich nur sehr vereinzelt Mitarbeitende. Diese Termine wurden dann abgesagt und mit den Interessierten, die sich zuvor eingetragen hatten, persönlich neue Termine gefunden. Die Teilnehmer*innenakquise gestaltete sich aus verschiedenen Gründen schwierig.

- Die Teilnehmenden hatten noch wenig Kenntnis über das Projekt. Die Durchdringung innerhalb der Verbundpartner*innen schien unterschiedlich gut zu funktionieren.
- Die Teilnehmenden hatten oftmals keinen Zugang zu Endgeräten mit Kamera, Mikrofon und einer stabilen Internetverbindung. Innerhalb des Projektes wurden Tablets gekauft, die den Teilnehmenden zur Verfügung gestellt werden konnten.
- Die Teilnehmenden hatten wenig Ressourcen in Form von Zeit zur Teilnahme am Projekt. Mehrere Teilnehmende schreckten vor dem Zeitraum von 90-120 Minuten zurück.

Die folgenden Einladungen für die Ideenwerkstätten wurden individuell mit einzelnen Teilnehmenden abgesprochen, diese wurden daraufhin heterogen vermischt, so dass die Termine mit unterschiedlichen Berufsgruppen mit mindestens zwei Teilnehmenden besetzt waren. Zusätzlich wurden Interviews mit Bewohner*innen eines Seniorenwohnheims und einer Patientin der Geriatrie geführt. Ebenfalls wurden zwei Workshops mit Schüler*innen in der Ausbildung der Altenpflege und der generalistischen Ausbildung zur Pflegefachkraft durchgeführt.

Aus den generierten Ideen der Teilnehmenden wurden für den Zeichner Beschreibungen für die Skizzen geschrieben, um daraus die Bilder mit den wichtigen Aspekten der Kommunikation zu erstellen. Diese sollten zum Ende dieser Arbeitsphase des Projekts in einer Ausstellung allen Teilnehmenden zur Verfügung gestellt werden.

HERAUSFORDERUNGEN WÄHREND DER IDEENWERKSTÄTTEN

Während der Ideenwerkstätten gab es verschiedene Herausforderungen, die hier im Folgenden in technische Schwierigkeiten sowie weitere Schwierigkeiten unterteilt und beschrieben werden.

Technische Schwierigkeiten

Wie schon zuvor beschrieben, hatten mehrere Teilnehmende aufgrund der Ausstattung Probleme, an den Werkstätten teilzunehmen. Für Pflegekräfte im Krankenhaus gehört ein eigener Computer mit Kamera und Mikrofon nicht zur Grundausstattung, aber auch andere

Mitarbeitende, die einen eigenen Computer für die Arbeit zur Verfügung haben, waren oft nicht mit Kamera und Mikrofon ausgestattet. Ebenso stand die Internetverbindung in vielen Häusern nicht flächendeckend allen Mitarbeitenden zur Verfügung. Einige Führungskräfte hatten ihre Mitarbeitenden freigestellt, an den Werkstätten auch von zuhause teilnehmen zu können und dort die eigenen Endgeräte und die stabile Internetverbindung zu nutzen. Anderen Mitarbeitenden wurden Tablets mit der entsprechenden Ausstattung zur Verfügung gestellt, die im Projekt zur Arbeitsgruppenteilnahme angeschafft wurden. Diese Tablets wurden vom Projektkoordinator zu den Teilnehmenden gebracht, zeitgleich konnte eine Einweisung zur Handhabung erfolgen. Einige Probleme konnten telefonisch gelöst werden, dennoch führten manche Schwierigkeiten dazu, dass die Teilnahme nicht stattfinden konnte. Einige Teilnehmende hatten durch die schlechte Internetverbindung eine starke Verzögerung, so dass die Teilnehmenden zeitgleich antworteten, dies aber erst nach kurzer Zeit auffiel. Um dieses Problem zu beheben, wurden die Teilnehmenden durch die Moderatorin direkt zum Reden aufgefordert. Durch die Aufforderung kam leider kaum Diskussion zustande, weil die Teilnehmenden erst nach dieser Aufforderung sprachen, einem natürlichen Redeimpuls folgten sie somit nicht mehr. Die Diskussion wurde teilweise eher ein Gespräch, welches sich nacheinander auf die gestellten Fragen bezog. Eine weitere Schwierigkeit ergab sich durch die gemeinsame Teilnahme von Kolleg*innen zum Beispiel aus einem Büro. Die Teilnehmenden saßen gemeinsam vor dem Tablet, so dass beide Teilnehmenden mit nur einer Gesichtshälfte zu sehen waren. Saßen zwei Teilnehmende in einem Raum zusammen vor jeweils einem Endgerät, gab es teilweise eine Übersteuerung des Tons, so dass ein*e Teilnehmende*r das Mikrofon ausschalten musste. Dadurch wurde ebenfalls der Redefluss gestört.

Weitere Schwierigkeiten

Durch das Prozesshafte der Methode war es eine Schwierigkeit, wenn die Teilnehmenden zu spät zur Ideenwerkstatt kamen, da sie somit die Instruktionen bzw. den Ablauf verpassten. Die Moderatorin musste dann abwägen, wie lange der Start nach hinten geschoben wird oder wie intensiv die nachkommenden Teilnehmenden in die Methode eingeführt werden. Manche Teilnehmende konnten sich

nur eine Stunde Zeit nehmen, dies war für den Prozess ebenfalls eine Schwierigkeit, denn in der Ideenentwicklungsphase wurden die Gedankengänge abgebrochen, auch für die bleibenden Teilnehmenden.

Immer wieder gab es auch Störungen von außen, zum Beispiel telefonierte eine Teilnehmerin mehrfach während der Ideenwerkstatt. Sie schaltete sich stumm, beschäftigte sich aber mehrfach mit anderen Inhalten, was bei den anderen Gesprächsteilnehmenden und der Moderatorin zu Verwirrung führte. Ebenso irritierend waren Gespräche zwischen zwei Teilnehmenden in einem Raum, die sich während der kreativen Denkphase stumm schalteten und miteinander unterhielten.

Eine weitere Schwierigkeit, die sich aus dem Zeitraum der Pandemie ergab, war, dass die Teilnehmenden, die zusammen in einem Raum saßen, eine Maske tragen mussten. Die Mimik der teilnehmenden Personen konnte somit kaum erkannt werden.

Eine Besonderheit war häufiger in den Ideenwerkstätten zu erkennen, wenn mehrere Mitarbeitende aus einem Krankenhaus teilnahmen. Diese Dynamik bzw. der Konformitätsdruck³⁶ schien die Mitarbeitenden zu verunsichern, so dass in diesen Werkstätten kaum Schwierigkeiten benannt wurden. Es wurde von der Moderatorin sehr darauf geachtet, nach Verbesserungspotenzialen zu fragen, nicht nach Schwierigkeiten, da dies implizieren würde, dass die Zusammenarbeit der anwesenden Berufsgruppen nicht gut funktionieren würde. In diesen Werkstätten wurden mehrfach Sätze wie „Also bei uns läuft`s super, oder?“ genannt. Teilweise blieben die Potenziale sehr an der Oberfläche mit den Äußerungen: „Die berufsübergreifende Kommunikation ist bei uns festgeschrieben, wir treffen uns regelmäßig und sprechen über die Patient*innen.“ Über die Qualität oder Intensität dieser Gespräche oder eventuelle Verbesserungspotenziale konnte daraufhin nicht mehr gesprochen werden, dies schien abgeblockt zu werden.

Manchen Teilnehmenden schien es schwer zu fallen, sich auf den kreativen Prozess einzulassen. Diese Phase würde in der klassischen Methode einen großen Teil einnehmen und die Teilnehmenden durch

³⁶ vgl. Wellhöfer 2018, S. 70

verschiedene Methoden zum kreativen Denken einladen und stimulieren. Hierzu fehlte durch die Anpassung der Methode die Zeit und durch die Videokonferenz die leibhaftige Möglichkeit für eine Lockerungsübung oder eine kreative Einstimmung. Die Teilnehmenden blieben dadurch in ihren bekannten Denkmustern, benannten Schwierigkeiten, warum Ideen schlecht umgesetzt werden können, eine sogenannte „Es-geht-doch-nicht-Einstellung“³⁷ oder Erfahrungen, warum dies nicht sinnvoll erschien. Sie wurden von der Moderatorin freundlich ermutigt, jegliche Ideen hier äußern zu dürfen, Kritik oder Gedanken zu Umsetzungsschwierigkeiten könnten in der dritten Phase angebracht werden. Teilweise hemmten diese Gedanken und Äußerungen die Teilnehmenden, besonders wenn eine Hierarchie der unterschiedlichen Berufsgruppen erkennbar war.

ERGEBNISSE DER IDEENWORKSHOPS

Trotz der hier genannten Schwierigkeiten konnten sich die meisten Teilnehmenden gut auf den Prozess einlassen und kreative Ideen entwickeln. Das Feedback, welches am Ende des Workshops wie auch über andere Kommunikationswege gegeben wurde, war durchweg positiv. Den gewohnten Arbeitsablauf zu unterbrechen und die Zeit zu haben, sich Alternativen für Routinen zu suchen und zu finden, empfanden die Mitarbeitenden als bereichernd und wirkten stolz über die neu entwickelten Ideen. Besonders die Schüler*innen der Altenpflegeausbildung äußerten ihre empfundene Wertschätzung, nach ihrer Meinung gefragt worden zu sein. Das Erstaunen aller Mitarbeitenden, welches über die Verknüpfung der bereits vorhandenen Technik mit dem routinierten Ablauf hervorbrachte, wurde mehrfach geäußert. Ebenso tauschten sich die Teilnehmenden über die verschiedenen Arbeitsabläufe in ihren Bereichen aus und schienen sich teilweise von den anderen Routinen inspiriert zu fühlen, Veränderungen in Erwägung zu ziehen. Zusammenfassend sind alle herausgearbeiteten Ideen der Mitarbeitenden der Selbstbestimmung, Teilhabe und der Aktivierung der älteren Menschen in der Geriatrie sowie den Mitarbeitenden zuzuordnen. Dies ergab sich aus den Vorstellungen der Menschen und ihren Werten in der Arbeit und war keineswegs

³⁷ Jungk/Müllert 1981, S. 129

vorgegeben. Die Teilnehmenden hatten abwechslungsreiche Vorstellungen davon, wie die Digitalität den Alltag vereinfachen kann und den Menschen, egal welchen Alters, dienen kann. Somit ergaben sich unterschiedliche Szenarien, die teilweise für die Mitarbeitenden der Geriatrie oder Wohneinrichtungen sind, ebenso aber auch für die Menschen, die dort Patient*innen oder Bewohner*innen sind.

Mehrere Ideen wurden mit unterschiedlichen Kooperationspartner*innen in die Umsetzung gebracht, getestet und evaluiert.

AUSSTELLUNG DER KOMMUNIKATIONSSZENARIOEN

Die erstellten Bilder aus den Ideenwerkstätten wurden allen Mitarbeitenden der Krankenhäuser und Einrichtungen im Verbund sowie anderen Interessierten der Geriatrie zur Verfügung gestellt und von Geschäftsführungen und Chefärzt*innen sowie Beteiligten des Verbundes diskutiert. Hierbei konnten Nutzen und Sinnhaftigkeit einiger Ideen näher erläutert werden, um die Akzeptanz für diese zu erhöhen.³⁸ Die Ausstellung ist in realer Form in einem Krankenhaus sowie in der digitalen Form allen Interessierten zugänglich gemacht worden. Hierzu erläutern verschiedene Texte, die die Schwerpunkte der Forschung genauer beschreiben, die bildlichen Szenarien. Diese beinhalten Erklärungen, O-Töne der befragten Personen bzw. der Anwender*innen, den wissenschaftlichen Hintergrund sowie Möglichkeiten der technischen Umsetzung mit einer ungefähren Preisangabe für die Umsetzung.

WEITERE IDEEN DER MITARBEITENDEN

Der Schwerpunkt der Innovationsworkshops lag auf der Kommunikation. Dennoch hatten viele Mitarbeitende Ideen, wie auch technische Umsetzungen den Alltag des Pflegepersonals und der geriatrischen Patient*innen sowie Wohneinrichtungsbewohner*innen vereinfachen könnten. Die Ideen bestanden aus smarten Räumen, in denen zum Beispiel Betten, Rollos oder Fenster durch Sprachsteuerung steuerbar wären, oder digitalen Fallschutzmatten in stationären Einrichtungen. Eine weitere digitale Idee zur Vereinfachung der Kommunikation war eine Patient*innenklingel mit verschiedenen Farben, die

³⁸ vgl. Falkenreck 2019, S. 42f.



bei unterschiedlichen Bedürfnissen die Dringlichkeit deutlicher machen könnte. Der allgemeine Wunsch in den Werkstätten nach mehr digitalen Möglichkeiten wie zum Beispiel die Dokumentation direkter am Tablet oder Smartphone erledigen zu können, auch um Routine in der Handhabung mit der Ausstattung zu erlangen, wurde formuliert. Die Mitarbeitenden wünschten sich ebenso einen schnelleren Zugriff auf digital gesammelte Materialien wie zum Beispiel Kurven, Skalen oder Besonderheiten im Verlauf. Für die Patient*innen wünschten sich die Mitarbeitenden ebenso digitale Lösungen zum Beispiel Erinnerungsmöglichkeiten an Blutzuckermessungen, Medikamenteneinnahme oder das Trinken, welches häufig vergessen werde.

Bernd Benikowski / Magdalene Bender

Ergebnisse der Innovationswerkstätten - 15 Visualisierungen

Die in den Innovationswerkstätten entwickelten Ideen und Konzepte wurden nicht in technische Beschreibungen überführt, sondern in Visualisierungen, die die jeweilige Idee in ihrem Kontext und vor allem auch in ihrer psychosozialen Bedeutung hervorheben sollten.

DIE BESPRECHUNG

Dargestellt wird eine hybride Besprechung, in der die Teilnehmenden vor Ort und per Videokonferenz bei einer Besprechung anwesend sind. Durch die im Kreis angeordnete Sitzordnung entsteht eine andere Gesprächsatmosphäre und mehr Miteinander, da der Fokus nicht mehr auf einem Bildschirm liegt, sondern Blickkontakt hergestellt werden kann. Es wird sich zur*m Sprecher*in gedreht, diejenige bzw. derjenige kann ihren*seinen Monitor und somit ihren*seinen Blickwinkel selbst drehen und ihr*sein Umfeld anders wahrnehmen.



Die digitale Kommunikation im Rahmen einer Besprechung ist sehr komplex und fehleranfällig. Grundsätzlich eignet sich Kommunikation simultan und nicht sequenziell. Die Botschaften in einer Besprechung werden von Körpersprache, Gestik, Mimik, Tonfall oder Sprachmelodie begleitet. Daher ist es besonders wichtig, dass alle Teilnehmenden Blickkontakt untereinander aufnehmen können und

eine stabile Übertragung sichergestellt ist, da es ansonsten zu Kommunikationsstörungen kommen kann. Darauf wird bereits im Sender-Empfänger-Modell von Shannon und Weaver hingewiesen.

An den Plätzen des Besprechungstisches ist je ein Tablet installiert und wird diesem Platz fest zugeordnet. Die Teilnehmenden der Besprechung können sich nun jeweils auf eines der Tablets zuschalten. Auf dem Tablet wird nur das Bild der*s Teilnehmenden im Vollbildmodus angezeigt. Die Tablets werden an einer Halterung angebracht, die durch einen kleinen Elektromotor gedreht werden kann. Die Teilnehmenden können dann direkt über das Besprechungstool oder eine zusätzliche App das Tablet in Richtung der*s Sprechenden drehen, um direkten Blickkontakt herzustellen.

Kosten: ca.1.200 €

OHRENSESSEL

Der Sessel kann durch Rollen leicht in die eigenen Räumlichkeiten geschoben werden, in denen mehr Privatsphäre herrscht. Dadurch entsteht eine gemütliche Atmosphäre, die wichtig ist für ein persönliches Gespräch. Das an einem Gelenkarm montierte Tablet kann individuell auf Sichthöhe eingestellt werden, es muss nicht festgehalten oder platziert werden. Der Sessel bietet Platz für ein Getränk oder Kuchen etc., dadurch kommt mehr das Gefühl des Beisammenseins auf.



Die Umweltfaktoren wie beispielsweise die Atmosphäre in einem Raum sind für ein gutes Gespräch wichtig. Studien haben gezeigt,

dass Räume einen wesentlichen Einfluss auf Gesundheit und Wohlbefinden haben. Daher ist es wichtig, dass der Ohrensessel flexibel je nach den Bedürfnissen der Person an unterschiedlichen Orten eingesetzt werden kann. Darüber hinaus eröffnet der digitale Ohrensessel vielfältige Teilhabemöglichkeiten und kann dadurch das allgemeine Wohlbefinden sowie die soziale Zugehörigkeit der Nutzer*innen steigern.

Für den Sessel gibt es kaum technische Anforderungen. Es muss allein die Möglichkeit bestehen, an der Armlehne Halterungen anzubringen. Der Gelenkarm wird von einer*m Innenausbauer*in fest an den Sessel montiert. Auch das Abstellbrett wird mit einer Halterung an den Sessel installiert. Diese Halterung ermöglicht es, das Brett neben die Armlehne einzuklappen, damit diese frei ist, wenn das Brett nicht genutzt wird. Unter den Füßen des Sessels werden Rollen angebracht, damit der Sessel mobil ist. Die Rollen können fixiert werden, damit die*der Patient*in sicher in dem Sessel sitzt. Um die zusätzliche Höhe der Rollen auszugleichen, müssen die Füße des Sessels ggfs. gekürzt werden. Auf dem Tablet ist eine App vorinstalliert, die es den Angehörigen der Patientin bzw. des Patienten ermöglicht, das Tablet fernzusteuern, um bei der Bedienung unterstützen zu können.

Kosten: ca. 1.100 €

DIGITALE ZUSCHAUER

Ein Teilhabe-Roboter sitzt im Publikum der Oper. Durch eine Steuerung können die Blickrichtung und Perspektive vom eigenen Wohnzimmer aus selbst eingestellt werden. Die Teilhabe erhöht sich dadurch, ein aktives Teilnehmen am Konzert ist möglich. Der Applaus wird in die Oper übertragen und ein Gespräch mit der*dem Sitznachbar*in möglich. Der „digitale Zuschauer“ wird Teil des Publikums, das aktiv am Konzert teilnimmt.



Die verbale und non-verbale Kommunikation, die durch den Teilhabe-Roboter in der Oper ermöglicht wird, ist hinsichtlich der sozialen Partizipation von besonderer Relevanz. Sobald zwei Menschen sich wahrnehmen, kommunizieren sie in irgendeiner Form miteinander. Die Aussage von Watzlawick „Man kann nicht nicht kommunizieren!“ symbolisiert dies eindeutig. Demnach ist jegliches Verhalten eine Form von Kommunikation, also auch non-verbale Kommunikation, etwa durch Körpersprache. Applaus, zustimmendes Grinsen sowie ein Blick zur*zum Sitznachbar*in übertragen spezifische Botschaften an die Anwesenden in der Oper. Die Zuschauer*innen erleben durch den Teilhabe-Roboter das Gefühl der Immersion.

Die „digitalen Zuschauer“ werden auf einzelnen Plätzen im Zuschauerbereich installiert. Sie bestehen aus einem Tablet, mehreren Mikrofonen, einem Lautsprecher und einer steuerbaren Halterung. Für ein optimales Sounderlebnis werden mehrere Toneingänge für das Tablet installiert. Zum einen wird der Ton von der Bühne übertragen, zum anderen wird der Ton am Sitzplatz mit mehreren Mikrofonen aufgenommen, um einen Surround-Sound wiedergeben zu können. Damit hat der „digitale Zuschauer“ die Möglichkeit, sich auf das Geschehen auf der Bühne zu konzentrieren oder die Umgebung genauer wahrzunehmen. Das Tablet lässt sich durch einen kleinen Elektromotor drehen, damit der „digitale Zuschauer“ Blickkontakt mit anderen Zuschauer*innen vor Ort aufbauen kann. Über Mikrofon und Lautsprecher lassen sich somit Gespräche führen. Der „digitale Zuschauer“ hat über das Video-Tool die Möglichkeit, das Bild von sich

direkt zu übertragen oder kann als Reaktion auf die Vorstellung Animationen verschiedener Emotionen abspielen lassen (klatschen, staunen, lachen, ...)

Kosten: ca. 430 €

VISITE

Das Tablet ermöglicht eine Videokonferenz mit den Angehörigen während der Visite, welche durch die Verknüpfung der digitalen Akte vereinfacht wird. Dadurch fühlt sich die*der Patient*in unterstützt, da sie*er nicht allein ist, falls etwas nicht richtig verstanden wurde. Die Angehörigen können direkte Rückfragen stellen, müssen anschließend nicht telefonisch erreicht werden, der Zeitaufwand minimiert sich dadurch für Angehörige und Ärzt*innen enorm. Durch die Nutzung einer Videokonferenz wirkt die Visite wie ein gemeinsames Gespräch, welches ebenso eine emotionale Begleitung ermöglicht, anders als am Telefon, bei dem sich eine Person mit einer anderen austauscht.



Durch die Videokonferenz ist ein direkter Austausch mit allen Beteiligten unkompliziert möglich. Die*Der Patient*in ist visuell mit den Angehörigen verbunden, sodass wechselseitig Emotionen und Stimmungen sowie inhaltliche Themen aufgegriffen oder zu einem späteren Zeitpunkt thematisiert werden können. Insbesondere Unklarheiten oder Ängste können direkt miteinander kommuniziert und entsprechende Rückfragen gestellt werden.

Albert Mehrabian führte 1971 einige psychologische Experimente durch und demnach werden:

- 55 % der Information durch das Gesicht vermittelt.
- 38 % der Informationen über die Stimme vermittelt.
- 7 % der Information verbal vermittelt.

Im Zimmer der Patient*innen wird ein Tablet installiert. Die Angehörigen der Patient*innen können sich somit während der Visite bei Bedarf direkt in das Zimmer zuschalten. Das Pflegepersonal oder die Ärzt*innen können die digitale Krankenakte direkt auf dem Tablet freigeben, damit die Angehörigen sich hier einen Überblick verschaffen können. Medikamenten-Einnahmepläne oder Zeitpläne für die nächsten Untersuchungen können somit direkt heruntergeladen werden.

Kosten: ca. 500 €

SHORT MESSAGES

Pflegekräfte bekommen eine Uhr, über die sie die Möglichkeit haben, Kurzinfos per Sprachsteuerung direkt zu dokumentieren und an bestimmte Kolleg*innen, zum Beispiel Physiotherapeut*innen, Ärzt*innen oder den Sozialdienst, zu schicken. Dies ist schnell und einfach möglich, es muss nicht erst ein Computer aufgesucht, eingeloggt und dokumentiert werden. Durch diese Zeiteinsparung und weniger Verzögerung gehen weniger Benachrichtigungen verloren. Die Informationen kommen direkter an, es kann sich zeitiger um die Belange der Patient*innen gekümmert werden, nicht erst nach der Dokumentation am Ende der Tätigkeit oder am Schichtende.



Die digitale Uhr stellt ein funktionierendes Informationsmanagement sicher und erhöht damit die verlässliche Weitergabe von wichtigen Informationen an verschiedene Personen. Der Sachinhalt der Nachricht sollte nach dem Nachrichtenquadrat von Schulz von Thun (1944) im Vordergrund stehen. Ein weiterer Vorteil ist die direkte Kommunikation ohne enormen Zeitverlust. Dies führt wiederum zu einer Entlastung der Pflegekräfte.

Über die Smart-Watches können die Pflegekräfte Sprachnachrichten aufnehmen. Mithilfe einer App lassen sich diese Aufnahmen in Text umwandeln und können sowohl als Audio- oder Text-Datei an die Kolleg*innen direkt weitergegeben oder in der digitalen Akte gespeichert werden. Durch die automatische Umwandlung der Sprachaufnahme in Text, haben die Kolleg*innen dann die Möglichkeit, die Sprachnachricht direkt anzuhören oder sich den Text anzeigen zu lassen (z. B. direkt auf der Smart-Watch).

Kosten: ca. 350 €

KOMMUNIKATIONSINSELN

Die einzeln abgetrennten Kommunikationsinseln auf den Stationsfluren ermöglichen durch die Bauweise Privatsphäre und Gemütlichkeit, die für die Mitarbeitenden und Patient*innen Ruhe bietet, um zu dokumentieren oder ein persönliches Gespräch zu führen. Durch die Installation eines Tablets besteht schnell und einfach die Möglichkeit einer Videokonferenz, die benötigte Ausstattung wie Kamera oder

Mikrofon sind integriert. Angehörige können zur Fremdanamnese oder zum Austausch für die mobilen Patient*innen darüber kontaktiert werden. Ebenso bietet dieser Raum die Möglichkeit für Personalgespräche oder informellen Austausch.



Neben der konkreten Interaktion sind das Klima sowie die Gesprächsatmosphäre zwischen den Kommunikationspartner*innen von besonderer Relevanz. Die Kommunikationsinseln bieten einen Raum, in dem Ärzt*innen oder Pflegekräfte geschützt mit Patient*innen und Angehörigen in einer guten Atmosphäre außerhalb des Krankenzimmers oder des Stationszimmers kommunizieren können.

In den Kommunikationsinseln werden ein Bildschirm und ein Tablet fest integriert. Das Tablet kann zur Dokumentation oder Präsentation genutzt werden, für eine größere Ansicht kann das Tablet auf den größeren Bildschirm gespiegelt werden. Mit dem integrierten Mikrofon und der integrierten Kamera können auch Videokonferenzen durchgeführt werden, die Videos der anderen Teilnehmer*innen können auf dem Bildschirm dargestellt werden.

Kosten: ca. 1.500 €

KARTENSPIEL

Durch die Möglichkeit, verschiedene Kartenspiele auf dem Tablet zu spielen, können auch nicht mehr mobile Menschen sich mit ihren Freund*innen treffen und Teilhabe erleben. Die hybride Form ist dabei ebenso möglich. Die Karten müssen nicht festgehalten werden,

eine Unterhaltung neben dem Spiel fördert das Gefühl der Gemeinsamkeit.



Für die Interaktion und Partizipation sind Elemente wie das Kartenspiel von besonderer Relevanz. Dies wird in der Selbstbestimmungstheorie nach Deci und Ryan (1985) deutlich. Demnach hat jeder Mensch drei grundlegende psychologische Bedürfnisse, die ausschlaggebend für die Partizipation und Teilhabe sind. Der erste Aspekt umfasst die Autonomie. Die Individuen können selbstständig und selbstbestimmt handeln, indem sie am Kartenspiel teilnehmen. Des Weiteren fühlen sich die Individuen fähig, am Kartenspiel zu partizipieren, und erleben Kompetenz. Der dritte Aspekt umfasst die soziale Eingebundenheit. Die Individuen erfahren vertrauensvolle Beziehungen und erleben eine Verbindung zu anderen und damit ein Zugehörigkeitsgefühl.

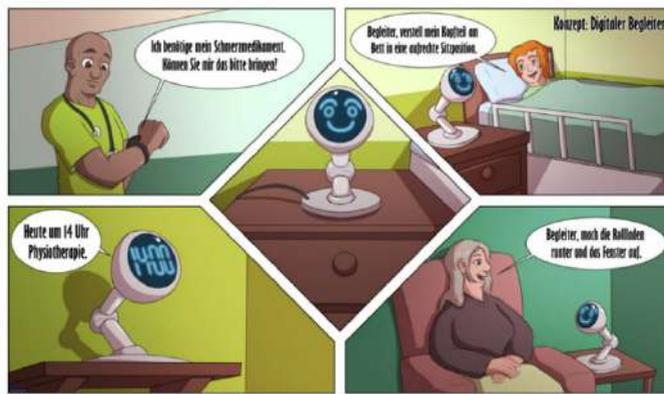
Ein großer Bildschirm in der Mitte des Tisches dient als digitales Spielbrett. Hier werden die abgelegten Karten und das Spielbrett selbst mit den Figuren o.ä. angezeigt. Zusätzlich zu dem Bildschirm hat jede*r Spieler*in vor Ort ein eigenes Tablet. Es werden die eigenen Karten, Spielfiguren oder Würfel angezeigt, mit der Möglichkeit, die Karten wie gewünscht neu zu sortieren. Die Spieler*innen, die digital mitspielen, werden auf eigenen Bildschirmen angezeigt. Auf den Tablets und Bildschirmen wird jeweils angezeigt, wer als Nächstes an der Reihe ist. Die Spieler*innen können dann auf dem Tablet oder auf

dem Computer zuhause ihren nächsten Zug durchführen, der dann auf dem großen Bildschirm in der Mitte angezeigt wird.

Kosten: ca. 800 €

DIGITALER BEGLEITER

Patient*innen haben die Möglichkeit, die Pflegekräfte per Sprachsteuerung durch den „digitalen Begleiter“ zu kontaktieren. Der Begleiter ist in verschiedenen Formen möglich, als Tier zum Kuscheln oder ganz offensichtlich als technisches Gerät erkennbar. Durch die Sprachsteuerung kann das Dienstzimmer direkt mit einem Anliegen kontaktiert werden und die Pflegekraft kann auch zeitversetzt antworten oder die gewünschten Dinge direkt mitbringen und muss nicht mehrfach gehen. Durch die Sprachsteuerung können das Bett in eine andere Position und das Fenster, das Licht oder die Rollläden verstellt werden. Dies gibt den Patient*innen mehr Selbstbestimmtheit und ist ein enormer Zeit- und Ressourcengewinn für die Pflegekräfte, die an anderer Stelle für Kommunikation genutzt werden kann. Zusätzlich können persönliche Erinnerungen (,heute Nachmittag gemeinsamer Singkreis auf der Station‘ oder anstehende Untersuchungen) erstellt, Essenswünsche abgegeben oder die Sprachsteuerung direkt mit dem Internet verbunden werden.



Der „digitale Begleiter“ umfasst zahlreiche Kommunikationstheorien. Am wichtigsten ist es, dass die Patient*innen rund um die Uhr eine*n

zuverlässige*n Ansprechpartner*in haben. Gefühle können zum Ausdruck gebracht werden, ohne Angehörige zu belasten. Nach dem Lebensbewältigungsansatz von Böhnisch erhalten die Patient*innen dadurch die Möglichkeit, Situationen, die sie zu bewältigen haben, zu thematisieren. Durch die Thematisierung können Abspaltungen nach innen oder außen entsprechend reduziert werden.

Mit intelligenten Lautsprechern (Smart Speaker) können die Patient*innen zahlreiche Funktionen mit Hilfe ihrer Stimme ausführen lassen. Mit der Installation von intelligenten Lampen können die Lichter im Zimmer gedimmt, aus oder eingeschaltet werden. Intelligente Schalter können die Rollos oder Fenster öffnen und schließen oder die Betten in eine andere Position fahren lassen. Durch die Verbindung der intelligenten Lautsprecher können auch einfach Telefonate zwischen Patient*innen untereinander oder mit den Pflegekräften geführt werden. Wenn zusätzlich eine App installiert wird, kann nur durch die Stimme ein eigener Terminkalender geführt werden.

Kosten: ca. 1.000 €

MOBILER TEILHABE-ASSISTENT

Der Teilhabe-Assistent ist mobil und vom Zimmer/Bett aus sprachlich steuerbar. Das fahrbare Tablet ermöglicht es, die Umgebung zu erkunden, ins Gespräch mit anderen zu kommen und auch kleinere Dinge zum Beispiel Zeitung, Bücher oder Pralinen zu überbringen. Verabredungen zum Spiel oder Gespräch können eigenständig getroffen werden, auch wenn die eigene Mobilität eingeschränkt ist.

Der Teilhabe-Assistent ermöglicht Teilhabe durch Interaktion. Insbesondere für die soziale Partizipation sind Aspekte der Teilhabe besonders wichtig. Durch den Teilhabe-Assistenten werden Dimensionen der sozialen Partizipation, die Koster et al. (2009) und Bossaert et al. (2013) in ihren Modellen aufzeigen, berücksichtigt. Demzufolge können die Patient*innen Freundschaften pflegen, stehen in Interaktion, erleben Akzeptanz durch die sie umgebenden Personen und können gleichzeitig die Selbstwahrnehmung der eigenen sozialen Teilhabe einschätzen. Auch können die Patient*innen aktiv auf jemanden zugehen. Dies wirkt sich wiederum auf das Selbstwertgefühl der Patient*innen aus.



Der Teilhabe-Assistent ist eine Art Tablet auf Rädern. Auf einer Halterung werden ein Tablet, ein Lautsprecher, eine Kamera und eine Ablage installiert, die wiederum auf einer Plattform mit Rädern befestigt wird. Die Patient*innen haben ein Tablet vor sich, auf dem sie das Video der Kamera des Teilhabe-Assistenten sehen und diesem mit Sprachsteuerung Befehle geben können. Für die vereinfachte Steuerung werden bestimmte Routen vorinstalliert, auf denen der Teilhabe-Assistent fährt. So können die Patient*innen mit Befehlen wie „Fahre zu Patient X“ oder „Fahre zu den Pflegekräften“ den Teilhabe-Assistenten in Bewegung setzen. Mit Befehlen wie „Stopp“ oder „Weiter“ können die Patient*innen den Assistenten nach Wunsch stehen lassen, falls sie auf dem Weg beispielsweise eine andere Patientin bzw. einen anderen Patienten gesehen haben und sich unterhalten wollen. An dem Teilhabe-Assistenten sind Sensoren installiert, die eine Kollision mit Personen oder Gegenständen ausschließen können.

Kosten: ca. 2.000 €

DIGITALE ENTLASSKONFERENZ



Entlass- oder Abschlussgespräche der Pflegekräfte oder Ärzt*innen sind durch die digitale Möglichkeit einer Videokonferenz einfacher und schneller möglich. Somit ist es einfacher, mit den nachversorgenden Stellen – wie zum Beispiel den Mitarbeitenden von ambulanten oder stationären Träger*innen, weiterführenden Therapeut*innen und Ärzt*innen oder den Angehörigen – verlässliche Vereinbarungen für die weitere Versorgung zu treffen. Die Versorgungskette wird verlässlich und mit allen beteiligten Professionen konkret besprochen und ermöglicht somit die Einbindung nach der Entlassung.

Mit Hilfe der digitalen Entlasskonferenz werden insbesondere Störungen der Kommunikation vermieden und führen somit zu kongruenten Vereinbarungen. Zudem können inkongruente Botschaften direkt besprochen und geklärt werden. Dies trägt zu einer klaren Kommunikation mit allen Beteiligten bei und stabilisiert und sichert die weitere Versorgung und Informationsweitergabe.

In dem Besprechungsraum der Entlasskonferenz sind mehrere Bildschirme mit Kameras und Mikrofonen installiert, auf die sich zum Beispiel Mitarbeitende der nachversorgenden Stellen einwählen können. Die Mitarbeiter*innen vor Ort können mit Hilfe eines Tablets Informationen, zum Beispiel die aktuellen Tagesabläufe der Patient*innen, präsentieren und übertragen. So können Fragen direkt beantwortet werden und Fehler bei der Übertragung werden minimiert.

Kosten: ca. 300 €

DIGITALES COACHING / LERNBEGLEITUNG

Durch die Möglichkeit der digitalen Begleitung bei besonderen Pflegesituationen oder Gesprächen entsteht für die durchführende Person ein Sicherheitsnetz. Es besteht die Möglichkeit, bei Unsicherheiten auf kurzem Wege nachzufragen oder sich im Nachhinein Feedback einzuholen. Dies kann besonders bei noch nicht so gefestigten neuen Versorgungsmöglichkeiten oder neuen Prozessen genutzt werden. Dabei muss die digital begleitende Person nicht direkt vor Ort sein und verändert nicht die Situation, wie zum Beispiel bei Praxisbesuchen von Lehrkräften, deren Anwesenheit für Patient*innen oftmals unangenehm sein kann. Genutzt werden kann dies bei der Wissensweitergabe wie zum Beispiel der Wundversorgung oder auch für die persönliche Kommunikation. Durch das persönliche Coaching können schwierige oder anspruchsvolle Kommunikationssituationen digital begleitet werden.

Der digitale Lernbegleiter vermittelt den Individuen Wissen und Handlungssicherheit. Dies wirkt sich wiederum auf die Kommunikation und Interaktion mit der Patientin bzw. dem Patienten aus. Die digitale Kommunikation ermöglicht in diesem Fall ein schnelles, ortsunabhängiges Coaching, das zum einen die Mitarbeitenden weiterqualifiziert und zum anderen eine adäquate Pflege sichert. Der digitale Coach ist somit ein*e stetige*r Lernbegleiter*in.



Für das digitale Coaching wird das Pflegepersonal mit einer Kamera (Bodycam) und einer Smart-Watch ausgestattet. Die begleitende Person kann sich auf die Kamera schalten und sehen, was das Pflegepersonal sieht, und wenn nötig unterstützen. Die Kommunikation findet über die Smart-Watch statt, die mit einem Mikrofon und Lautsprecher ausgestattet ist.

Kosten: ca. 350 €

VERLEGUNGSASSISTENTEN



Die Pflegekräfte bekommen nach Absprache eine Bodycam, um potentiellen Patient*innen anderer Stationen die Geriatrie live auf einem Tablet zeigen und die aufkommenden Fragen direkt beantwor-

ten zu können. Die Patient*innen sehen dann direkt die Räumlichkeiten und können sich ein erstes Bild von der Atmosphäre der Station machen. Die Informationen kommen direkt vom geriatrischen Personal, dadurch werden weniger Fehlinformationen an die Patient*innen weitergeleitet.

„Verlegungsassistenten“ nehmen die Patient*innen mit auf eine virtuelle Reise. Durch die räumliche Darstellung und Verknüpfung entsteht die Möglichkeit, sich einen 360°-Einblick von der zukünftigen Einrichtung zu verschaffen. Es erfolgt eine aktive Interaktion statt eines passiven Ansehens von Informationsmaterial. Zudem können jederzeit Zusatzinformationen erfragt werden, die für jede*n Einzelne*n relevant sind. Das Gefühl, wirklich vor Ort zu sein und in alle Richtungen schauen zu können, weckt Neugierde und schafft gleichzeitig Vertrauen.

Die Pflegekräfte werden mit einer Bodycam ausgestattet, in die ein Mikrofon und Lautsprecher integriert sind. Auf diese können sich dann die potentiellen Patient*innen einwählen und das Live-Bild sehen. Durch das Mikrofon und die Lautsprecher können sie Fragen direkt an die Pflegekräfte stellen oder sie bitten, etwas noch detaillierter zu zeigen.

Kosten: ca. 500 €

ERFASSUNG SUBJEKTIVER PATIENT*INNENDATEN

Durch die Erfassung verschiedener Daten der Patient*innen, zum Beispiel medizinische Daten und Zufriedenheitsskalen, die die Patient*innen direkt am Tablet eingeben, können die subjektiven Einschätzungen objektiviert werden und dienen als Gesprächsgrundlage für Feedback oder Mitarbeiter*innengespräche. Darüber können subjektive Arbeitsbelastungen der Mitarbeitenden, die allgemeine Versorgung und die Patient*innenzufriedenheit in einen Kontext gebracht werden, der im persönlichen Gespräch reflektiert und evtl. behoben werden kann. Dies kann auf verschiedenen Ebenen geschehen, zum Beispiel Stationsleitung mit den Mitarbeitenden ebenso wie Pflegekräfte mit den Patient*innen. Durch die kontinuierliche, zeitnahe Erfassung stehen die Daten den Mitarbeitenden schnell und ohne Mehraufwand zur Verfügung.



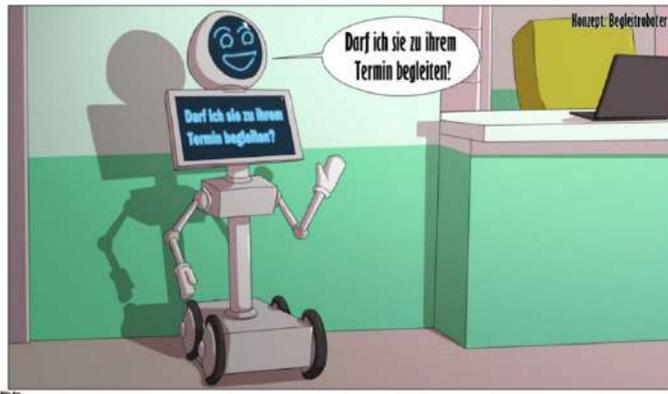
Die digitale Erfassung subjektiver Patient*innendaten ist ressourcenschonender, weniger fehlerbehaftet und beschleunigt die Dokumentation. Zudem können mit der digitalen Erfassung Zusammenhänge aufgezeigt werden.

In die Zimmer der Patient*innen wird ein Tablet installiert, auf denen sie direkt Veränderungen ihrer Schmerzen oder ihres Wohlbefindens eintragen können. Mithilfe einer Software kann somit schneller ein Zusammenhang zwischen der Medikamenteneinnahme und Pflegebetreuung hergestellt und analysiert werden.

Kosten: ca. 300 €

BEGLEITROBOTER

Der Begleitroboter, der im Eingangsbereich von Kliniken oder Senioreneinrichtungen steht, kann für die Begleitung zu Terminen genutzt werden. Dadurch wird die Unsicherheit des unbekanntes Weges überwunden und der digitale Begleitroboter rollt vor der Patientin bzw. dem Patienten oder der*dem Besucher*in in den richtigen Raum.



Der Begleitroboter aktiviert die Patientin bzw. den Patienten und trägt zudem zur Selbstbestimmung bei. Die Patient*innen können eigenverantwortlich Termine wahrnehmen und erfahren dadurch Autonomie und soziale Eingebundenheit. Der Begleitroboter unterstützt die Patientin bzw. den Patienten bei Alltagsaktivitäten und ermöglicht Hilfe zur Selbsthilfe in verschiedenen Lebenssituationen. Darüber hinaus bietet der Begleitroboter Besucher*innen Orientierung und Unterstützung.

Der Begleitroboter besteht aus einem fahrbaren Untergestell, einem Tablet und einem Bildschirm, auf dem der Avatar des Roboters zu sehen ist. Zudem werden Sensoren installiert, um Kollisionen mit Personen oder Gegenständen zu verhindern und den Abstand zu den Anwender*innen zu ermitteln. Durch die Sprachsteuerung können die Anwender*innen dem Roboter einfache Befehle geben, wie die Führung zu bestimmten Räumen oder die Beantwortung einfacher Fragen. Bei speziellen Fragen kann direkt eine Video-Verbindung zu den Pflegekräften aufgebaut werden.

Die Anwender*innen erhalten zunächst einen Sender, mit dem der Abstand zu dem Roboter ermittelt werden kann, damit sie den Roboter nicht aus den Augen verlieren können. Der Roboter führt die Anwender*innen auf vordefinierten Routen zu den gewünschten Orten. An dem gewünschten Ort angekommen, kann der Sender wieder auf den Roboter gelegt werden und dieser fährt zurück zum Ausgangspunkt für die nächste Führung.

Kosten: ca. 20.000 €

VIRTUELLER RUNDGANG

Patient*innen, die geplant von ihren Hausärzt*innen in die Geriatrie überwiesen werden sollen, können sich durch die VR-Brille einen ersten Eindruck der Station und des Alltags verschaffen. Durch die VR-Brille haben die zukünftigen Patient*innen ein realeres Gefühl eines Rundgangs und können evtl. Fragen, die sich daraus ergeben, direkt den Ärzt*innen stellen.



Der virtuelle Rundgang zeigt den zukünftigen Patient*innen die reale Umgebung der Geriatrie. Dadurch erhalten die Patient*innen einen ersten Eindruck, der ihnen Sicherheit vermitteln kann. Der virtuelle Rundgang mit einer VR-Brille kann laut Studien dazu führen, dass die virtuelle Umgebung als real empfunden wird, und erlaubt somit eine Interaktion mit der virtuellen Umgebung, wodurch eine höhere Identifizierung mit der Einrichtung erfolgen kann.

Als Vorbereitung für den virtuellen Rundgang erhält ein*e Mitarbeiter*in der Geriatrie eine 360° Kamera und läuft einmal durch die gesamte Station in alle Räume. Dieses aufgezeichnete Video kann auf eine VR-Brille übertragen werden. Potentielle Patient*innen können so virtuell und eigenständig durch die gesamte Station laufen und sich alle Räume so detailliert wie gewünscht ansehen.

Kosten: ca. 1.500 €

Petra Richter

Selbstbestimmung, Teilhabe und Empowerment in der digitalen Kommunikation

EIN BLICK AUF DIE ERGEBNISSE DER INNOVATIONSWERKSTÄTTEN ALS SOZIALE INNOVATION

Die digitale Transformation hat bereits viele Lebensbereiche grundlegend verändert und wird diese auch in Zukunft weiter beeinflussen. Gerade für ältere Menschen aber auch für Mitarbeiter*innen im Bereich Geriatrie bieten digitale Innovationen vielfältige Chancen und Möglichkeiten. Die älteren Menschen erfahren durch digitale Kommunikation neue Möglichkeitsräume der Selbstbestimmung, Teilhabe und Empowerment. Sie können dadurch selbstbestimmt am gesellschaftlichen Leben teilhaben. Aber auch für die Mitarbeiter*innen im Bereich Geriatrie eröffnen sich durch die fortschreitende Digitalisierung neue Möglichkeiten der Vernetzung sowie der Aktivierung der Patient*innen.

Die im Forschungsprojekt Zukunft Geriatrie entwickelten sozialen Innovationen bieten zahlreiche Möglichkeiten, um das Leben im Alter zu erleichtern sowie alltägliche Abläufe im Arbeitsalltag zu optimieren. Nach Howaldt und Schwarz ist „eine soziale Innovation [...] eine von bestimmten Akteuren bzw. Akteurskonstellationen ausgehende intentionale, zielgerichtete Neukonfiguration sozialer Praktiken in bestimmten Handlungsfeldern bzw. sozialen Kontexten, mit dem Ziel, Probleme oder Bedürfnisse besser zu lösen bzw. zu befriedigen, als dies auf der Grundlage etablierter Praktiken möglich ist“³⁹. Im Rahmen des Forschungsprojektes „Zukunft Geriatrie – vernetzt und digital“ wurde diesem Grundgedanken sozialer Innovationen Rechnung getragen und gemeinsam mit allen Akteur*innen in Innovationsworkshops Neukonfigurationen entwickelt. Die Neukonfigurationen reichen von der digitalen Besprechung, über die vereinfachte Kommunikation mit entfernten Angehörigen, bis hin zu digitalen Teilhabemöglichkeiten und digital unterstützten Pflegeangeboten. Die in-

³⁹ Howaldt/Schwarz 2010, S. 89

novativen Kommunikationsszenarien bieten neue Lösungen für Probleme, Bedürfnisse und Herausforderungen in der Praxis. Wloka und Terstriep⁴⁰ weisen insbesondere darauf hin, dass soziale Innovationen auf die Herbeiführung eines sozialen oder institutionellen Wandels zielen. Im Idealfall tragen soziale Innovationen zum dauerhaften sozialen Wandel bei, indem sie von der Zielgruppe angenommen werden und dadurch nachhaltig verankert sind.⁴¹ Die Neukonfigurationen, die sich im Rahmen der Innovationsworkshops entwickelt haben, bieten neue Möglichkeiten von Selbstbestimmung, Teilhabe und Empowerment. Was sich genau hinter den einzelnen Begrifflichkeiten verbirgt und welche Relevanz sich daraus für die Praxis ergibt, wird nachfolgend dargestellt.

Grundsätzlich meint Selbstbestimmung die Unabhängigkeit der*des Einzelnen von jeder Art der Fremdbestimmung wie zum Beispiel durch gesellschaftliche Zwänge oder staatliche Gewalt. Mit Selbstbestimmung ist gemeint, dass jeder Mensch selbst darüber entscheiden darf, wie er leben möchte. Diese Freiheit, über sein Leben selbst zu bestimmen, ist ein Menschenrecht, das auch durch unsere Verfassung geschützt wird. Selbstbestimmung bedeutet laut dem deutschen Ethikrat die „Möglichkeit der Realisierung von je eigenen Handlungsentwürfen und Handlungsentscheidungen“ also die „konkrete Entfaltung einer menschlichen Persönlichkeit“, und zwar „vor dem Hintergrund [der] dem Menschen grundsätzlich zukommenden Autonomie“.⁴² Autonomie wird dabei begriffen als die „grundsätzliche Fähigkeit des Menschen, aus eigenen Stücken vernünftige Erwägungen anzustellen, mit anderen Individuen Gründe für Handlungen auszutauschen und Entscheidungen verantwortlich zu treffen“, was eine Fähigkeit ist, „[...] die den Menschen als moralfähiges Lebewesen [auszeichnet]“.⁴³

Auch im Alltag von älteren Menschen spielt die Selbstbestimmung eine wichtige Rolle und stellt eine zentrale Dimension menschlicher

⁴⁰ vgl. Wloka/Terstriep 2020, S. 2

⁴¹ vgl. Bertelsman 2021, S. 35

⁴² Deutscher Ethikrat 2013, S. 120

⁴³ ebd.

Wirklichkeit dar. Jeder Mensch wünscht sich, über seine Lebensführung selbst bestimmen und entscheiden zu können und somit nicht fremdbestimmt leben zu müssen. Pflegebedürftige Menschen aus dem Bereich Geriatrie haben – wie alle anderen Menschen auch – das Recht auf Selbstbestimmung. Dazu gehört zum Beispiel entscheiden zu können, wie sie ihren Tag verbringen, wann sie schlafen oder Kontakt mit ihren Angehörigen aufnehmen möchten. Die sozialen Innovationen, die im Rahmen der Innovationsworkshops entwickelt wurden, tragen dazu bei, das Recht auf Selbstbestimmung im Alltag umzusetzen.

Verschiedene Studien haben gezeigt, dass ein selbstbestimmtes Leben im Alter den Menschen das Gefühl einer besseren Lebensqualität gibt und das persönliche Wohlbefinden stärkt. Des Weiteren wurde deutlich, dass ältere Menschen keinesfalls auf ihre Autonomie und Selbstwirksamkeit verzichten möchten.⁴⁴ In der Generali Altersstudie 2012 wurden Menschen zwischen 65 und 85 Jahren nach ihren Wünschen für die Zukunft befragt. Neben dem Kernthema Gesundheit wurden in der Studie Wünsche nach Selbstbestimmung geäußert. Ältere Menschen möchten möglichst lange unabhängig bleiben, nicht auf Hilfe angewiesen sein und nicht pflegebedürftig werden.

Praxisbeispiel: Digitale/r Begleiter*in

Durch die/den digitale/n Begleiter*in können die Patient*innen im Bereich Geriatrie selbstbestimmt entscheiden, ob sie mit einer Person Kontakt aufnehmen, das Bett verstellen oder das Fernsehprogramm ändern möchten. Die digitalen Innovationen tragen dazu bei, dass die älteren Menschen entsprechend den eigenen Bedürfnissen, Wünschen und Vorstellungen entscheiden und handeln können. Dadurch ist der Erhalt von Selbstständigkeit und Selbstbestimmung gegeben.

Quelle: Eigene Darstellung

Ein weiterer Aspekt ist die Teilhabe. Damit ist allgemein das „Einbezogensein in eine Lebenssituation“⁴⁵ gemeint. Allein die Definition des Begriffs Teilhabe ist komplex: Unter Teilhabe wird sowohl die Partizipation von Individuen und Organisationen an Entscheidungs- und

⁴⁴ vgl. Reinmüller 2022, S.129

⁴⁵ BfArM 2005, S. 16

Willensbildungsprozessen als auch der Zugang zu Ressourcen verstanden, um Interessen realisieren zu können. Ob und inwieweit Teilhabe möglich ist, hängt von den dafür notwendigen Voraussetzungen ab, wie etwa vom Zugang zu Kultur oder zur Gesundheitsversorgung.

Im Sozialrecht ist der individuelle Anspruch auf Sicherung, Wiedererlangung und Ausbau der sozialen Teilhabe älterer Menschen fest verankert. Die Förderung der gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ist mit der Einführung des SGB IX (Rehabilitation und Teilhabe) im Jahr 2001, der UN-BRK im Jahr 2009 sowie mit der stufenweisen Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) ab dem Jahr 2016 zu einem zentralen Recht geworden. In den Gesetzen finden sich das von der WHO etablierte bio-psycho-soziale Modell von Behinderung und Gesundheit sowie die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit“ (ICF) wieder. Funktions- und Teilhabebeeinträchtigungen im Sinne der ICF sollen durch die sozialen Innovationen und Neukonfigurationen minimiert werden. Soziale Teilhabe trägt somit zur Integration, Produktivität, Lebensqualität und Sinngebung älterer Menschen bei.

Die Patient*innen in der Geriatrie erfahren durch die verschiedenen Möglichkeiten der digitalen Kommunikation wie beispielsweise dem „digitalen Begleiter“, „Ohrensessel“ oder „Digitalen Zuschauer“ Teilhabe und damit wird den charakteristischen Beeinträchtigungen von Aktivitäten, Teilhabe und Lebensqualität begegnet. Die sozialen Innovationen folgen einem subjekt- und lebensweltorientierten Ansatz, da sie die Wechselwirkung zwischen Funktions-, Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigungen sowie den Kontextfaktoren der Umwelt und der Person berücksichtigen.

Soziale Teilhabe hat eine hohe Relevanz gerade für Patient*innen, die ohne digitale Möglichkeitsräume eine eingeschränkte Teilhabe erfahren. Es handelt sich dabei um ein angeborenes Bedürfnis nach Kontakt und sozialer Zugehörigkeit.⁴⁶ Auch in der Selbstbestimmungstheorie von Deci und Ryan (2000) wird das Bedürfnis nach sozialer Eingebundenheit, neben den Bedürfnissen nach Kompetenzerleben und

⁴⁶ vgl. Maslow, 1943

Unabhängigkeit, als eines der drei psychologischen Grundbedürfnisse genannt. Die Nicht-Befriedigung dieses zentralen Bedürfnisses geht mit gravierenden gesundheitlichen Konsequenzen einher. Daher sind die entwickelten Visionen der digitalen Kommunikation im Bereich der Geriatrie besonders wichtig, um Isolation und Vereinsamung entgegenzuwirken und Teilhabe zu ermöglichen.

Praxisbeispiel: Digitaler Zuschauer

Durch den digitalen Zuschauer erhalten ältere Menschen neue Zugangsmöglichkeiten zu verschiedenen Lebensbereichen – in diesem Beispiel zur Oper. Der Teilhabe-Roboter sitzt im Publikum der Oper und durch eine Steuerung kann die Blickrichtung vom digitalen Zuschauer selbst bestimmt werden. Dadurch erhält die Person die Möglichkeit, an der Oper teilzunehmen. Damit werden Voraussetzungen für einen gesellschaftlichen Zugang, zur Daseinsentfaltung sowie zu einem selbstbestimmten Leben geschaffen.

Quelle: Eigene Darstellung

Neben den aufgeführten Begriffen steht Empowerment für Ermächtigung, Selbstbefähigung oder Übertragung von Verantwortung und bezeichnet Strategien und Maßnahmen, die den Grad an Eigenständigkeit, Selbstbestimmung, Teilhabe und Autonomie im Leben von Menschen oder Gemeinschaften erhöhen sollen und es ihnen ermöglichen, ihre Interessen eigenmächtig, selbstverantwortlich und selbstbestimmt zu vertreten.⁴⁷ Die Kompetenzentwicklung der Individuen wird durch die Identifikation von Wahlmöglichkeiten und die Unterstützung von Entscheidungsprozessen gefördert.⁴⁸ Empowerment bezeichnet somit sowohl den Prozess der Selbstbemächtigung als auch die professionelle Unterstützung der Menschen, ihr Gefühl der Macht- und Einflusslosigkeit zu überwinden. Damit wird der Kreislauf erlernter Hilflosigkeit durchbrochen und die Idee der „Hilfe zur Selbsthilfe“ realisiert. Das Paradigma des Empowerments zeichnet sich dadurch aus, dass die Defizitorientierung durch eine Ressourcenorientierung ersetzt wird. Der Fokus liegt auf den Stärken und Ressourcen jeder*jedes Einzelnen. Individuen werden dazu befähigt,

⁴⁷ vgl. Erhardt; Grüber 2011, S. 118

⁴⁸ vgl. Kahle 2019, S. 115

sich ihrer Fähigkeiten und Stärken bewusst zu werden, ihre Lebensführung aktiv zu gestalten und ihre Ressourcen zu einer selbstbestimmten Lebensführung zu nutzen.⁴⁹

Die digitalen Kommunikationsszenarien unterstützen den Prozess der Selbstbemächtigung und eröffnen neue Möglichkeiten der Einflussnahme. Im Sinne des Empowerments tragen die digitalen Visionen dazu bei, dass vorhandene Fähigkeiten und Ressourcen der Menschen aktiviert werden und sie ihr Leben selbstbestimmt gestalten können. Es wird deutlich, dass soziale Innovationen einen Wandel beinhalten. In diesem Zusammenhang stellt sich die Frage, wie die Geriatrie in Zukunft als soziales Gebilde aussieht.

Praxisbeispiel: Begleitroboter

Der Begleitroboter unterstützt den*die Patient*in bei Alltagsaktivitäten und ermöglicht Hilfe zur Selbsthilfe in verschiedenen Lebenssituationen. Der Begleitroboter aktiviert den*die Patient*in und trägt zudem zur Selbstbestimmung bei. Die Patient*innen können eigenverantwortlich Termine wahrnehmen und erfahren dadurch Autonomie und soziale Eingebundenheit. Zudem können die Patient*innen selbstverantwortlich und selbstbestimmt in Interaktion mit anderen Personen treten.

Quelle: Eigene Darstellung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das allgemeine Ziel der vorgestellten sozialen Innovationen die Förderung der Selbstbestimmung, Teilhabe und Empowerment im Bereich Geriatrie ist. Alle drei Begriffe stehen in einem engen Zusammenhang zueinander. Selbstbestimmung, Aktivierung und Teilhabe sind Zielsetzungen, die sich im Alltag durch digitale Innovationen noch stärker realisieren lassen. Es ist nicht zwingend, dass Selbstbestimmung, Aktivierung und Teilhabe digitaler Innovationen bedürfen, jedoch tragen jene Innovationen zu einer stärkeren individuellen Lebensführung bei. Zudem wird deutlich, dass alle Beteiligten, sowohl die Mitarbeiter*innen als auch die Patient*innen, aus den sozialen Innovationen einen Mehrwert ziehen können. Mit Hilfe der digitalen Neukonfigurationen wird es für Mitarbeiter*innen, Patient*innen und Angehörige leichter,

⁴⁹ vgl. Herriger 2022, o. S.



Teilhabe, Selbstbestimmung und Empowerment zu erfahren. Gleichberechtigte, gesellschaftliche Teilhabe wird somit trotz räumlicher Distanz erlebbar. Letztlich ist festzuhalten, dass die verschiedenen Kommunikationsszenarien und die damit verbundenen sozialen Innovationen auf andere Kontexte übertragbar sind. Jedoch erfordert die Umsetzung sozialer Innovationen von den unterschiedlichen Akteur*innen unter anderem die Bereitschaft zur Gestaltung neuer innovativer Prozesse.

Dominik Sandler

Erprobung ausgewählter digitaler Einsatzszenarien

Der Innovationsprozess zur Entwicklung digitaler Kommunikationsszenarien in der geriatrischen wurde mit partizipativen Innovationswerkstätten begonnen. Die erarbeiteten fünfzehn Szenarien wurden in einer Ausstellung präsentiert, die den beteiligten Organisationen Impulse zur Weiterentwicklung der digitalen Kommunikation geben konnte. Im Rahmen der Projektlaufzeit konnten darüber hinaus fünf ausgewählte Szenarien umgesetzt und evaluiert werden

DER DIGITALE SESSEL

In den Innovationswerkstätten wurde von den Teilnehmer*innen berichtet, dass die Kontakte von Patient*innen oder Bewohner*innen zu ihren Familienangehörigen teilweise in einer sehr unangenehmen Atmosphäre stattgefunden haben. Ein Szenario, das insbesondere während der akuten Coronapandemie in vielen Senioreneinrichtungen und Krankenhäusern zu beobachten war. Die Senioren lagen unbequem im Bett und versuchten, das Tablet mit einer Kommunikationssapp irgendwie in der Nähe ihres Kopfes zu halten. Das gelang oft nicht, die älteren Menschen wurden unzufrieden und das Gespräch mit den Angehörigen war keine Freude. Die Lösung war daher naheliegend und einfach: Für die Ermöglichung von digitalen Gesprächen in einer komfortablen Umgebung wurde das Konzept des digitalen Sessels entwickelt: Ein gemütlicher Sessel mit Rollen bietet durch eine integrierte Tablet-Halterung die Möglichkeit, in einer Videotelefonie digitalen Kontakt mit Angehörigen herzustellen. Die Umweltfaktoren wie beispielsweise die Atmosphäre in einem Raum sind für ein gutes Gespräch wichtig. Daher wurde der Umbau des Sessels so geplant, dass er flexibel je nach den Bedürfnissen der nutzenden Person an unterschiedlichen Orten eingesetzt werden kann. Der Sessel kann durch die Rollen beispielsweise leicht in die das eigene Patientenzimmer geschoben werden, in dem mehr Privatsphäre herrscht. Dadurch eröffnet der Sessel vielfältige Teilhabemöglichkeiten in der

Kommunikation des täglichen Lebens und kann dadurch das allgemeine Wohlbefinden sowie die soziale Zugehörigkeit der Nutzenden steigern.

Vorgehen & Durchführung

Es wurde ein bequemer Sessel erworben, der durch ein bewegliches Fußteil eine Liegeposition herstellen kann. Unter dem Sessel wurden vier Rollen angebracht, davon zwei mit Bremsen, um den Sessel fixieren zu können. An dem Sessel befindet sich an einem kleinen Holzvorbau eine flexible Tablet-Halterung. Das eingelegte Tablet verfügt über ein Headset mit Kabel. Ein weiteres Netzkabel schließt den technischen Umfang des Sessels ab. In dieser Ausführung wurde der Sessel schließlich an den Schmallenbach-Verbund in Fröndenberg, eine Seniorenwohneinrichtung und Pflegeheim, übergeben. Bei der Übergabe wurde zunächst die Teamleitung über die technischen Instruktionen aufgeklärt und eingewiesen. Innerhalb von mehreren Monaten durchlief der digitale Sessel insgesamt drei Stationen des Schmallenbachhauses und wurde ausgiebig in elf Videogesprächen zwischen Klient*innen – darunter auch Demenzkranke - und Angehörigen getestet. Der Termine zur Videotelefonat wurden vorab durch die Mitarbeitenden mit den jeweiligen Angehörigen organisiert. Das Telefonat verlief jeweils über die Kommunikationsplattform Zoom. Zur Evaluation der Gesprächsbeziehung, des Komforts und der Privatsphäre sowie zur Technik und Handhabung wurden Fragebögen an die Testenden und Mitarbeitenden übergeben.

Ergebnisse

Gesamtheitlich betrachtet stieß der Digitale Sessel in seiner Umsetzung auf positive Reaktionen. Als wesentliche Basis bei der Nutzung wurden sehr wenig bis keine Vorbehalte oder Ablehnung gegenüber der digitalen Technik festgestellt. Die elf Teilnehmenden waren auch durch den Komfort des Sessels sowie durch die individuell vertraute Umgebung, in die der Sessel gestellt wurde, neugierig und zugetan. Die Bild- und Tonqualität des Tablets mit Kopfhörern wurden größtenteils positiv bewertet. Technische Optimierungsbedarfe wurden zur Größe des Bildes geäußert, das durch das 10-Zoll Tablet etwas klein ausfällt. Die Kopfhörer waren für Träger*innen von Hörgeräten

unkomfortabel, hier wurde der Ton durch die integrierten Lautsprecher des Tablets abgespielt. Neben der schlechteren Soundqualität ging damit auch die Intimsphäre ein Stück weit verloren. Weiterhin fiel das Aufstehen einigen Personen mit Mobilitätsschwierigkeiten ohne Hilfe nicht leicht. Eine automatische Aufstehhilfe im Sessel würde hier Abhilfe schaffen. Für Rollstuhlfahrer*innen sollte zudem auf die Möglichkeit einer externen Tablet-Halterung zurückgegriffen werden. Mit Blick auf die sozialen Faktoren kann festgehalten werden, dass ausnahmslos alle Teilnehmer*innen die Gesprächsbeziehung zu ihren Angehörigen persönlicher fanden und das ausschließlich positiv bewerteten. Die Beobachtungen der Pfleger*innen belegen viel Fröhlichkeit in den Gesprächen. Weiterhin stimmen knapp $\frac{3}{4}$ der Teilnehmenden zu, dass sie durch den digitalen Sessel im Gespräch konzentrierter sind. Bei der Frage der Vergleichbarkeit zu einer Gesprächsbeziehung „wie zuhause“ fallen die Antworten jedoch sehr heterogen aus: für etwa ein Drittel der Befragten ist dies eher nicht-zutreffend.

Die individuelle Einstellung sowie die technische Organisation der Gespräche wurde durch die Mitarbeitenden des Schmallenbachhauses vorgenommen. Auch diese wurden nach ihren Eindrücken befragt. Die Wahrnehmungen der geriatrischen Mitarbeiter*innen bezeugen übereinstimmend die größtenteils positiven Bewertungen der Teilnehmer*innen. Auch die Einstellung des Sessels und insbesondere des Tablets brachte keine Schwierigkeiten mit sich. Die bereits genannten Aspekte zum Umgang mit Rollstuhlfahrer*innen und mobil eingeschränkten Personen sowie Personen mit Hörgeräten werden auch von den Mitarbeiter*innen bestätigt. Kritisiert wurde zudem die bisher recht umständliche Organisation der Gesprächstermine. Für ein geplantes Gespräch mussten zunächst die Angehörigen kontaktiert werden, um mögliche Termine abzusprechen. Anschließend musste für den angedachten Termin noch eine Einladung mit Link für ein Videomeeting versendet werden. Was nicht nach viel Aufwand klingt, muss in den Kontext gesetzt werden von straff getakteten Zeitplänen der geriatrischen Pflegekräfte, bei denen jede Mehrarbeit auch Stress und Belastung bedeutet. Um hier vorzubeugen, wurde projektseitig ein Terminbuchungskalender entwickelt, der es

Einrichtungen und Angehörigen ermöglichen soll, Termine für Videokonferenzen zu vereinbaren. Hierzu wurden für die Mitarbeiter*innen der Einrichtungen, die für die Organisation der Gespräche verantwortlich sind, Kontaktdaten hinterlegt und entsprechende Zeitfenster für die Terminbuchung freigegeben. Soll ein Termin vereinbart werden, können Angehörige im Prototypen-Link <https://termin.zukunft-geriatrie.de/index.php> den gewünschten Ort und einen vorher freigeschalteten Zeitslot wählen, um anschließend ihre Kontaktdaten zu hinterlegen. Der gewählte Termin wird nun automatisch an die Mitarbeitenden übertragen, die zum entsprechenden Zeitpunkt lediglich noch die richtige Person in den Sessel begleiten muss.

Ausblick

Die einfache Umsetzung und Handhabung macht den digitalen Sessel im Verhältnis zu seinem Mehrwert für die soziale Teilhabe von geriatrischen Patient*innen zu einem echten Erfolgsmodell. Besonders die persönlichere Gesprächsbeziehung in der angenehmen Atmosphäre schenkt Nutzer*innen nachweislich viel Freude. Die ebenso nachgewiesene Konzentration der Teilnehmer*innen im Gespräch ist Voraussetzung für die Aktivierung der älteren Menschen. Insbesondere in einem Videotelefonat einer demenzerkrankten Person war positiv zu beobachten, wie sie Ihre Angehörigen im Tablet erkannte und als Reaktion daraufhin lächelte. Die selbstbestimmte Nutzung des digitalen Sessels ist bislang noch nicht befriedigend, da für die Organisation der Termine sowie die technische Nutzung noch die Abhängigkeit von Assistenz besteht. Eine spezielle Software hätte das Potential, auch diese Prozesse durch eine benutzerfreundliche Oberfläche mit einfacher Handhabung zu vereinfachen. Die Termininformationen könnten weiterhin an die persönlichen digitalen Netzwerke der Beteiligten versandt werden. Insgesamt überzeugt das Kommunikationsszenario durch die leichte Übertragbarkeit seiner Technik auf verschiedene Umgebungen wie beispielsweise Betten oder Rollstühle. Vor dem Hintergrund einer Pandemie können Blickkontakte theoretisch leicht ermöglicht werden.

DER DIGITALE ZUSCHAUER

Soziale Teilhabe und soziale Zugehörigkeit ist für alle Menschen von hoher Relevanz. Besonders der gemeinsame Austausch und das Ausdrücken der eigenen Meinungen und Gefühle sowie das „Gehört werden“ sind die Voraussetzung eines jeden Individuums für die Zugehörigkeit in einer sozialen Umgebung. Doch nicht für alle Menschen sind die sozialen Möglichkeitsräume gleichsam erreichbar. Chronische Krankheiten sowie eine fortlaufend abnehmende Mobilität betrifft vielerorts die älteren Menschen und nimmt ihnen damit die Chance, an beispielsweise Kunst und Kultur als wichtiges Medium zur Verarbeitung gesellschaftlicher Frage- und Problemstellungen, teilzuhaben. Digitale Übertragungswege bieten inzwischen die Möglichkeit, Zugangsbarrieren zu überwinden – die Bedarfe danach sind umfangreich gegeben. So ist in den Innovationswerkstätten die Idee des Digitalen Zuschauers entstanden: Ein Teilhabe-Roboter sitzt im Publikum einer Oper. Durch eine Steuerung der integrierten Kamera können die Blickrichtung und Perspektive vom eigenen Wohnzimmer aus selbst eingestellt werden und somit der Veranstaltung gefolgt werden. Die Vision umfasst weiterhin, durch einen Bildschirm vor Ort von anderen Zuschauern und den Schauspielern gesehen werden zu können und untereinander interagieren zu können, beispielsweise durch Gespräche oder die Übertragung von Applaus. Der digitale Zuschauer wird Teil des Publikums, das aktiv am Konzert teilnimmt. Die Zuschauer*innen erleben durch den Teilhabe-Roboter das Gefühl der Immersion.

Vorgehen & Durchführung

Auf der Suche nach einer technischen Umsetzung entstand die Idee der Nutzung einer VR-Brille. Die VR-Brille ermöglicht Träger*innen eine räumliche Rundum-Wahrnehmung der gewünschten Umgebung. Bei einer Operaufführung könnte eine Person mit einer VR-Brille dabei von zuhause aus den Opersaal mit all seinen Beschaffenheiten in 360° Perspektive optisch und akustisch wahrnehmen: den Zuschauerraum, die Bühne, das Schauspiel, die Musiker im Orchestergraben etc. Durch das einfache Drehen des Kopfes kann dabei die Perspektive in Echtzeit gewechselt werden. Hierfür ist die Live-

Übertragung von einer leistungsstarken 360° Kamera in der Oper notwendig. Für die Umsetzung wurde eine Kooperation mit dem Theater Dortmund eingegangen, dessen Opernhaus mitten in den Vorbereitungen zu Mozarts „Die Zauberflöte“ steckte. Da die Idee des digitalen Zuschauers primär an ältere Menschen adressiert ist und Virtual Reality eine recht junge Technologie ist, die mutmaßlich bisher noch wenig Berührungspunkte mit Menschen der Adressatengeneration hatte, mussten vorab noch einige Fragen überprüft werden: Wie reagieren ältere Menschen auf VR? Überfordert, verunsichert oder ängstigt sie der Blick in die virtuelle Realität? Gibt es gar gesundheitliche Gefährdungspotentiale? Um diese Fragen aufzuklären, besuchte das Projektteam in zwei Ortsterminen das Schmallenbachhaus in Fröndenberg und testete Stück für Stück mit drei, in seiner Komplexität steigenden, Videos den Blick in die virtuelle Umgebung an insgesamt 17 Patient*innen und Klient*innen. Diese wurden im Anschluss daran mit einem Fragebogen auf das Erlebte und den Tragekomfort der VR-Brille befragt. Das wichtigste Ergebnis, das nach allen drei Videos von allen Proband*innen einstimmig beantwortet wurde, ist, dass das Gesehene die Personen nicht verängstigt oder verunsichert hat. Weiterhin gaben jeweils mindestens 80 % an, den Inhalten gut folgen zu können. Generell stieß der Versuch auf äußerst positive Rückmeldungen und Bewertungen; das Interesse an weiteren Erlebnissen dieser Art war gegeben. Der Tragekomfort der Brillen war für die Teilnehmenden befriedigend und störte auch bei Brillenträger*innen nicht. In der Übertragung der Bilder fiel jedoch auf, dass das schwache WLAN keine High-Definition-Sicht erlaubte, weshalb die Videos häufig sehr verschwommen dargestellt waren (überwiegend 480p). Dieser technische Hinweis sollte auch in den weiteren Überlegungen noch eine zentrale Rolle spielen.

Mit diesen Erkenntnissen ging es nun weiter in die Umsetzung der Opernübertragung. Es stellte sich jedoch recht schnell heraus, dass für die Nutzung einer hochauflösenden 360°-Kamera und einer entsprechend scharfen Übertragung der Opernvorführung eine überaus starke Bandbreite erforderlich ist, die zum aktuellen Zeitpunkt technisch einfach nicht möglich war. Schließlich wurde beschlossen, die Oper mit einer 2D-Kamera zu filmen und diese Aufnahmen über die

VR-Brillen zu streamen. Als Live-Termin wurde opernseitig die Generalprobe gewählt, da aus datenschutzrechtlichen Gründen keine Zuschauer in der Übertragung gezeigt werden durften. Zum Live-Termin wurden schließlich fünf Testpersonen der Altersklasse 60+ in die Hochschule eingeladen. Im vorbereiteten Auditorium befanden sich für die digitale Opernvorstellung fünf bequeme Loungedrehstühle mit den VR-Brillen versehen. Vorne stand zusätzlich ein 85-Zoll großer Bildschirm, der die Oper ebenfalls übertrug. Ein qualitativ hochwertiger Lautsprecher gab den satten Klang der Oper wieder. Die Testpersonen wurden eine Stunde vor Beginn der Aufführung vom Projektteam begrüßt und von der Dramaturgin der Oper, Frau Dany Handschuh, in die etwa 70-minütige Generalprobe von Mozarts Zaubergeige inhaltlich eingewiesen. Nach Start der Aufführung gab es einzelne Handzeichen der Proband*innen, wenn technische Probleme vorlagen. Diese konnten schnell beseitigt werden. Eine Person saß in ihrem Stuhl zunächst angespannt und nach vorne gelehnt, die Sitzposition wechselte bereits nach wenigen Minuten in eine entspannte zurücklehrende Haltung. Eine Probandin setzte die Brille bereits nach etwa 10 Minuten ab, da sie über Schwindelgefühle durch die Brille klagte. Sie folgte der Veranstaltung weiter durch den Monitor. Alle anderen Personen erlebten die Oper über die volle Länge durch die VR-Brille, wenn diese auch zwischendurch für kurze Trinkgelegenheiten abgenommen wurde. In der kurzen Zwischenzeit hatten diese Personen ebenfalls die Möglichkeit, der Veranstaltung über den Monitor zu folgen. Im letzten Drittel der Oper konnten wippende und dem Takt folgende Fuß- und Kopfbewegungen bei zwei Personen beobachtet werden. Nach rund 70 Minuten war die Generalprobe beendet und die Teilnehmenden wurden zu einer zunächst schriftlichen Evaluation und anschließend zu einem Feedback-Plenum eingeladen.

Ergebnisse

Bis auf die Probandin, die das Tragen der VR-Brille früh beendete, fühlten sich alle anderen Teilnehmer insgesamt wohl. Unter den technischen Merkmalen fiel vor allem die gute Tonqualität auf. Die Bildqualität war aufgrund der hohen Auslastung des WLANs nicht immer ruckelfrei und vollkommen scharf und wurde daher mittelmäßig bewertet. Besonders zu Beginn musste bei einigen Teilnehmer*innen der Stream neu gestartet werden, da das Buffern zu lange dauerte.

Die Raumatmosphäre spielte für die Anwesenden kaum eine Rolle, da sie sich ohnehin durch die Brille in einer vollkommen virtuellen Umgebung befanden. Das bestätigt sich durch die völlige Zustimmung bei der Frage, ob die Teilnehmenden „zeitweise vergessen“, dass sie in einem Seminarraum sitzen. Eine Frage zielte auf die gefühlte Nähe am Geschehen ab. Durch die Darstellung der Oper in 2D, durch die teilweise gegebene Unschärfe sowie die auftretenden Unterbrechungen beim Buffern des Streams wurde diese Wahrnehmung mehrheitlich (60 %) mit „teils/teils“ beantwortet. Die beiden anderen Personen bestätigten ein Gefühl der Nähe. Mehrheitlich wichtig ist es für die Teilnehmenden weiterhin „beim Betrachten z. B. einer Oper mithilfe einer VR-Brille [...] nicht allein zu sein“. In erster Linie scheint dies zunächst auf die technische Unterstützung abzuführen. Im anschließenden Feedback-Workshop wird jedoch deutlich, dass den Beteiligten auch der anschließende Austausch über das gemeinsam Erlebte wichtig ist. Während des Tragens der VR-Brille wurde das Erlebte sehr subjektiv aufgenommen. Die Teilnehmer*innen sprachen während der Vorstellung kein Wort mit anderen Personen. Umso größer war der Austausch und die Wahrnehmung von Gemeinschaft mit Abschluss der Veranstaltung und dem Abnehmen der Brillen. Durch den zusätzlichen Monitor hatten die Proband*innen die Möglichkeit, zwischendurch die Brille abzulegen und zu essen und zu trinken. Diese Möglichkeit wurde von einigen dankend angenommen, andere behielten die Brillen gänzlich auf und verzichteten über 70 Minuten auf das Trinken. Bei der Vergleichsfrage, ob die Oper lieber über den Monitor oder die VR-Brille gesehen werden würde, präferierten 60 % der Teilnehmenden die VR-Brille. Das unkonventionelle Erlebnis einer VR-Brille in Verbindung mit einer Live-Aufführung biete mehr Nähe zum Erlebten und sei sehr faszinierend. Das gemeinsame Erleben mit dem anschließenden Austausch erfülle die Teilnehmer*innen mit dem Gefühl von sozialer Teilhabe.

Ausblick

Durch das Erlebnis Opernvorführung mit VR-Brillen wird deutlich, dass soziale Teilhabe für ältere Menschen und geriatrische Patient*innen insofern möglich gemacht werden kann, dass Barrieren der Mobilität leicht überwunden werden können. Das Tragen der

Brille erfordert keine aufwendige Anreise, kein Aushalten in einer bestimmten Sitzposition, keinen temporären Verzicht auf die Nahrungsaufnahme oder Toilettengänge. Jedoch erscheint das Erlebnis subjektiv, solange die Brille getragen wird. Den sozialen Charakter von Zugehörigkeit und das Wir-Gefühl erhält dieses digitale Einsatzszenario erst durch den gemeinsamen Austausch nach Abnehmen der Brillen. Daher ist es eine Abwägung, ob bei zukünftigen Erlebnissen kurze Zwischenpausen eingeplant werden sollten, um den Austausch zwischendurch möglich zu machen. Mit der Einschätzung eines Anwendungsbereichs der Brillen im geriatrischen Umfeld halten die Proband*innen der Altersgruppe 60+ zumindest den Rahmen einer 70-minütigen Opernvorführung für mutmaßlich zu lang. Realistische und anregende Einsätze könnten durch 360°-Videos von Spaziergängen in der Natur, Städten, Museen oder auch Zoos entstehen.

DER DIGITALE AVATAR

Die digitale Kommunikation im Rahmen einer Besprechung ist sehr komplex und fehleranfällig. Grundsätzlich eignet sich Kommunikation simultan und nicht sequenziell. Die Botschaften in einer Besprechung werden von Körpersprache, Gestik und Mimik als nonverbale Kommunikation ebenso wie von Tonfall und Sprachmelodie geprägt. Daher ist es besonders wichtig, dass alle Teilnehmenden Blickkontakt untereinander aufnehmen können. In den Innovationswerkstätten wurde von den Teilnehmenden bemängelt, dass viele Besprechungen mit digitalen Teilnehmern in einer bestimmten Richtung zentriert sind. Die Videoteilnehmer*innen nehmen dann beispielsweise weggedrehte Köpfe wahr, die einer bestimmten Präsentation folgen. Ein gemeinschaftliches Wir-Gefühl sowie die adäquate Integration ins Gespräch bleiben dabei häufig außen vor. Mit der Idee des digitalen Avatars als Innovation für hybride Besprechungen wird der Fokus auf den Blickkontakt unter Gesprächsteilnehmer*innen gelegt und der Einfluss auf Gesprächsbeziehung und -teilhabe analysiert. Im Kommunikationsszenario „Digitaler Avatar“ liegt während einer Besprechung eine im Kreis angeordnete Sitzordnung zugrunde, die, fernab von unidirektionalem Blickwinkel der Teilnehmer*innen auf lediglich einen gemeinsamen Bildschirm, das Miteinander hervorhebt. Hybride Teilnehmer*innen, die der Besprechung beispielsweise aus dem

Home-Office folgen, werden durch eine bewegliche Tablet-Installation live im Vollbildmodus in das Gespräch involviert und haben die technische Möglichkeit, über ein Besprechungstool die Frontkamera des Tablets auf entsprechende Gesprächspartner*innen zu richten und Blickkontakt herzustellen. Mit einfacher Technik und Handhabe wird die Idee verfolgt, die Gesprächsbeziehung von hybriden Besprechungsteilnehmer*innen intensiver und konzentrierter zu gestalten und damit die persönliche Teilhabe am Gespräch zu bestärken.

Vorgehen & Durchführung

Für die technische Entwicklung des Avatars war das Projektteam im stetigen Austausch mit der spirito GmbH aus Krefeld, einem Dienstleister für Programmierung und Software. Da ein Tablet im Projekt bereits vorhanden war, lag der Fokus auf der Entwicklung eines beweglichen Körpers sowie auf der Programmierung einer entsprechenden Software zur Steuerung des Avatars und zur Datenübertragung der Videotelefonie. Das Ergebnis des Prototyps war schließlich eine Legoinstallation, die über zwei Achsen mit insgesamt vier Rädern die Möglichkeit hat, sich im Kreis zu drehen. Betrieben wird das Gerät mit einem batteriebasierten Energiemodul, das durch einen speziellen Nano USB-Stick Zugriff zum lokalen WLAN erfährt. Die angebrachte Tablet-Halterung auf dem Legofahrzeug kann durch einen motorisierten Stützpfeiler den Kippwinkel des Tablets verändern. Durch die Legoinstallation lässt sich das Tablet somit sowohl wenden als auch kippen. Dadurch kann die Sicht der integrierten Frontkamera entsprechend in die gewünschte Richtung gelenkt werden. Zur Steuerung des Apparats wurde von der spirito GmbH eine Software entwickelt, die für die Nutzenden als Webanwendung im Browser erscheint. Ähnlich wie die Plattformen Zoom, Jitsi, etc. verfügt das eigen kreierte „Dadomeet“ über eine Videoübertragung per Webcam sowie über Pfeiltasten zum Drehen und Kippen des Avatars. Kleine Icons bieten außerdem folgende Funktionen: Daumen hoch für ein Applaus-Geräusch bei bestätigender Haltung, Daumen runter für ein Buh-Geräusch bei ablehnender Haltung sowie die klassischen Möglichkeiten, das Mikrofon und die Kamera zu de- und aktivieren oder aber das Meeting zu verlassen. Ein erster Test im Heimnetzwerk zeigte eine stabile Video- und Tonübertragung, die Drehgeschwindigkeit war moderat, pro Tastendruck liegt der Drehwinkel bei knapp

30°, die Drehbewegung ist akustisch deutlich hörbar. Bei einem offiziellen Folgetest im Rahmen einer Geschäftsbesprechung an der Hochschule steuerte die digitale Teilnehmerin den Avatar über Dado-meet in einem benachbarten Raum. Während der Übertragung wirkte die Drehbewegung für die Steuernde laut und dominant. Die Netzwerkstabilität war ansprechend. Die Drehung um 360° wurde getestet, die aufgrund limitierter Kabellängen am Avatar allerdings nicht möglich war und Teile des Avatars durch die Spannung der Kabel zerlegte. Bemängelt wurde die eingeschränkte Sicht des Avatars durch seine Frontkamera sowie die fehlende Möglichkeit, sich bei den Teilnehmenden für einen eigenen Wortbeitrag bemerkbar zu machen, wenn sie nicht direkt angesehen wurden. Mit diesen Eindrücken wurden mit der spirito GmbH weitere Modifikationen vorgenommen. Zunächst wurde die Drehbewegung des Avatars in beide Richtungen limitiert. Eine Glocke als weiteres Icon bietet die Funktion, ein Klingelgeräusch bei gewünschter Aufmerksamkeit zu erzeugen. Um der eingeschränkten Sicht entgegenzusteuern, wurde zudem die Möglichkeit, auf eine weitere externe Kamera zu wechseln, integriert. Hierfür wurde ein Smartphone mit einer mobilen Halterung im Besprechungsraum installiert, um durch die verbundene Kamera eine weitere räumliche Perspektive auf die Gesprächssituation zu ermöglichen. Ein entsprechendes Icon in der Webanwendung zum Wechseln der Kameras zwischen Avatar und externer Kamera wurde zusätzlich eingerichtet.

Mit sämtlichen Modifikationen ausgestattet wurde der Avatar schließlich in einem wöchentlichen Geschäftsmeeting an der Weiterbildungsstätte für Intensivpflege und Anästhesie der Stiftung St.-Marien-Hospital in Lünen eingesetzt. Der Avatar wurde zentral auf dem kreisrunden Tisch positioniert, die externe Kamera in der Raumecke für eine möglichst breite Perspektive. Der Laptop mit der geöffneten Webanwendung stand in einem Nachbarzimmer hinter verschlossener Tür. An dem halbstündigen Meeting nahmen insgesamt fünf Personen teil, davon saßen drei im Meetingraum, eine Person war digital über ein Tablet zugeschaltet (ohne Sicht auf den Avatar), eine Person wurde im Nachbarraum als Anwender*in des Avatars in die Steuerung eingewiesen. Das Meeting startete pünktlich. Aus der Beobachtung des Projektmitglieds geht hervor, dass die realen Inhalte des

Meetings authentisch besprochen werden konnten, ohne von der experimentellen Gesprächssituation allzu abgelenkt zu sein. Der Avatar drehte und kippte sich regelmäßig zu wortführenden Personen und stellte Blickkontakt her. Während eines Wortbeitrags einer Referentin am Tisch blickte sie kurz in das währenddessen nickende Gesicht der im Avatar übertragenen Person und referierte weiter ihren Beitrag. Die Steuerung des Avatars durch die digital teilnehmende Person funktionierte überwiegend intuitiv und reibungslos. Zahlreiche Funktionen wurden verwendet, zentral der Wechsel der Kameras, das Drehen und Kippen des Avatars sowie die Zoomfunktion der einzelnen Kameras. Auf die Möglichkeiten des Applauses, des Buhrufs oder der Klingel wurde verzichtet.

Ergebnisse

Im Anschluss an das Meeting wurden alle Gesprächsteilnehmenden zu einer kurzen Evaluation der Gesprächsbeziehung, der persönlichen Teilhabe am Gespräch mit Blickkontakt, des Komforts und der Atmosphäre sowie zur Technik und Handhabung per Fragebogen eingeladen. Die allgemeine Bewertung der präsenten Teilnehmer*innen im Raum war dabei überwiegend positiv. Mit Hinblick auf technische Faktoren wurden die Bild- und Tonqualität positiv bewertet. Abzüge gab es für die Drehgeschwindigkeit. Die Lautstärke des Avatars wurde hingegen als deutlich zu laut wahrgenommen. Die für das Forschungsprojekt wesentlichen sozialen Faktoren der Gesprächsbeziehung wurden von den Teilnehmenden fast ausschließlich positiv bewertet. Durch den gut bewerteten Blickkontakt weisen die Gesprächspartner*innen auf eine verstärkte Aufmerksamkeit in der Gesprächsbeziehung hin. Eine Befremdlichkeit oder Verunsicherung durch die Anwesenheit des Avatars wird hingegen allgemein verneint. Zusammenfassend für die Präsenzteilnehmer*innen des Meetings kann gesagt werden, dass der Avatar einen positiven Grad an persönlichem Gesprächskontakt erreicht, die technische Umsetzung jedoch vor allem in Form von Lautstärke und Geschwindigkeit der Drehbewegungen noch modifiziert werden sollte.

Die Bewertungen der steuernden Person liegen mit Blick auf den technischen Fokus ebenfalls im positiven Bereich: Steuerung und Funktionen des Avatars bereiteten in der Bedienung keine Probleme.

Soziale Faktoren der Gesprächsbeziehung wurden hingegen weitestgehend schlecht bewertet: Sämtliche Aussagen - „Zu den Gesprächsteilnehmer*innen hatte ich einen angemessenen Blickkontakt.“, „Durch den Blickkontakt wird meine Aufmerksamkeit verstärkt.“, „Durch die Integration des Avatars in eine Gesprächsrunde entsteht ein gutes Wir-Gefühl“ oder „Der Avatar gibt mir das Gefühl, vor Ort zu sein“ – wurde mit „trifft eher nicht zu“ bewertet. Dadurch entsteht im Abschlussfazit für die steuernde Person auch kein zukunftsweisender Eindruck oder ein Mehrwert. Dennoch gefallen die grundsätzliche Idee und Konzeption dahinter, Abzüge gibt es auch hier für die Lautstärke des Avatars.

Ausblick

Die Umsetzung des Avatars zeigt insbesondere aus der Perspektive der Präsenzteilnehmer seine Potenziale auf. Die Teilhabe des digitalen Teilnehmenden an der Gesprächsbeziehung erscheint aus Sicht der präsenten Teilnehmer*innen näher und greifbarer. Vor allem die Relevanz des Blickkontaktes als wichtiges Instrument, um nonverbale Kommunikation möglich zu machen, wurde im Experiment positiv bestätigt. Deutlich wird bisweilen auch, dass der technische Rahmen hier eine besonders wesentliche Grundlage darstellt, um die untersuchten sozialen Faktoren erst sichtbar zu machen. Das wird aus Sicht der steuernden Person deutlich, die durch die technischen Limitationen (Lautstärke und Drehgeschwindigkeit) diese Erfahrungen nicht teilen konnte.

DER VIRTUELLE RUNDGANG

Die Verlegung von Patient*innen in die Geriatrie ist mit Unsicherheit verbunden. Durch den Zeitdruck der Beschäftigten verbleiben Patient*innen nach dem Überweisungsgespräch häufig mit einem ungewissen Blick in die Zukunft. Informationen, nach denen im Gespräch nicht gefragt wurde, bleiben häufig offen - eine bildliche Vorstellung der zukünftigen Umgebung bleibt in der Regel gar völlig aus. In der Szenerie des virtuellen Rundgangs können Patient*innen bereits vor der Überweisung in den geriatrischen Bereich mithilfe einer VR-Brille erste Einblicke und Eindrücke von räumlichen, technischen und sozialen Gegebenheiten vor Ort erlangen. In einem Überweisungsge-

spräch mit dem Hausarzt bzw. der Hausärztin bietet diese Perspektive des künstlich erzeugten „Vor-Ort-Seins“ die Möglichkeit, zentrale Fragen der Patient*innen vorab zu beantworten. Als visuelle Unterstützung in der persönlichen Gesprächsbeziehung können nicht zuletzt potenzielle Ängste und Unsicherheiten vor dem geriatrischen Aufenthalt abgefedert werden.

Vorgehen & Durchführung

Für die Aufnahme von geriatrischen Räumen wurde eine Samsung Gear 360 (eine Art 360°-Kamera, siehe Abbildung) angeschafft. Die Kamera besitzt auf der Vorder- und Rückseite jeweils Fischaugenobjektive, die zusammen eine 360° Aufnahme bei maximal 30 Megapixeln ermöglichen. Mit großzügiger Unterstützung der geriatrischen Abteilungen des Christlichen Klinikums Unna und des Mariannenhospitals Werl wurden bei Ortsterminen umfassende Aufnahmen von sämtlichen Umgebungen der Geriatrie gemacht, die den Alltag der Patient*innen vor Ort tangieren: Behandlungszimmer, Therapie-räume, stationäre Zimmer, Badezimmer, Aufenthaltsräume, die Logopädie sowie Flure, Foyers und Sekretariate. Folgend zwei Raumbeispiele in 2D-Sicht; auffällig erkennbar sind die räumlichen Krümmungen an den Außenrändern verursacht durch die Fischaugenperspektive. Mit der Übertragung des Bildmaterials auf die VR-Brille können diese Räumlichkeiten nun in 360°-Perspektive für die Nutzenden visuell erlebbar gemacht werden, als seien sie bereits vor Ort.

Ausblick

Das Erfassen und Darstellen von zukünftigen, räumlichen Umgebungen ist technologisch keine neue Erfindung. Besonders in den Bereichen der Architektur und des Bauwesens lassen sich früh in oder bereits vor der Bauphase durch visuelle Modellierung des Bauvorhabens die zentralen Fragen von Auftraggebern beantworten. Unklarheiten können bereits vorab reflektiert sowie Anpassungsstrategien entwickelt werden. Mit dem Transfer dieser Technologie auf den sozialen Bereich wird schließlich der Mensch in den Mittelpunkt gerückt, dessen Ängste und Unsicherheiten durch die frühe visuelle Information rechtzeitig bearbeitet werden können. Dafür ist der Beistand durch ein Fachgespräch zwingend nötig, um negative Effekte

zu vermeiden. Das erlebbare Bildmaterial ermöglicht die Chance, Eingewöhnungszeiten zu reduzieren und die Integration des ankommenden Menschen in seine neue Umgebung frühzeitig zu stärken.

Gesprächsleitfaden zum virtuellen Rundgang

Die Bilder, die durch die VR-Brille ein räumlicheres Gefühl vermitteln, sollen das Aufklärungsgespräch nicht ersetzen, sondern unterstützen. Die erstellten Bilder können als Struktur dienen, damit die Patient*innen alle wichtigen Informationen über den Aufenthalt, die Entlassung und Nachsorge von einer kundigen Pflegekraft oder dem Sozialdienst mitgeteilt bekommt. Besonders bietet sich die Umsetzung für feste Zuweiser oder Schwesterkliniken an.

- Die Patient*innen können sich einen Überblick der Zimmer auf der Station verschaffen, welche häufig Fragen über die gemeinsame Belegung mit anderen Patient*innen hervorbringen.
- Mit einem Blick in die verschiedenen Therapieräume kann die Mithilfe der Patient*innen thematisiert werden, die beim geriatrischen Aufenthalt unbedingt erforderlich ist.
- Das Zeigen der Untersuchungszimmer kann den Patient*innen Sicherheit über die weitere medizinische Versorgung geben, die explizit auf ihr Alter zugeschnitten ist.
- Die Besonderheit der Multidisziplinarität der geriatrischen Versorgung durch die regelmäßig stattfindenden Assessmentgespräche kann in diesem Gespräch erläutert werden und visuell durch das Zeigen des Besprechungsraumes unterstützt werden, um Vertrauen für die gemeinsame Behandlung zu schaffen.
- Ebenfalls können gemeinsame Aktivitäten und Austausch unter den Patient*innen vermittelt werden durch das Zeigen der Gemeinschaftsräume oder Teeküchen.

Der virtuelle Rundgang knüpft somit im ersten Schritt der Prozesskette an und vermittelt als Vorbereitung zum Aufenthalt über die geriatrische Versorgung und die Entlassungsvorbereitung. Ebenso kann in diesem Gespräch über mögliche Maßnahmen der Nachbetreuung und der langfristigen Betreuung gesprochen werden, um die Ängste

vor einem möglichen Wohnortwechsel frühzeitig wahrzunehmen und besprechen zu können.

Die Aushändigung eines Flyers mit Fotos der Mitarbeitenden und einer Checkliste mit den mitzubringenden Dingen wie zum Beispiel Straßenschuhen oder Alltagskleidung erhöht die Chance, Erwartungen realitätsnaher zu gestalten sowie die insgesamt Akzeptanz des Aufenthalts.

DIE STATIONÄRE DIALOGPLATTFORM

In den Innovationswerkstätten wurde das Bedürfnis artikuliert, eine digitale Form der stationären Informationsweitergabe zu installieren. Da die Mittel für Anschaffungen innerhalb eines Projekts begrenzt sind, wurde gemeinsam überlegt, wie bereits vorhandenes Material genutzt werden könnte. Dabei stellte sich heraus, dass das Christliche Klinikum Unna in der „guten Stube“ der geriatrischen Station einen internetfähigen Fernseher stand, der aber noch nicht angeschlossen war beziehungsweise vor dem Umbau wenig genutzt wurde. Die Überlegungen führten in einem ersten Schritt dazu, diesen Fernseher als Ausgabemedium zu nutzen, also mit einem vorhandenen Tablet zu verknüpfen und weiterhin zu überlegen, wie diese neue Möglichkeit im Alltag der Klinik zur Verbesserung des Informationsaustausches genutzt werden konnte.

Vorgehen

Welche Inhalte sollten für wen zur Verfügung gestellt werden? Diese Frage war handlungsleitend bei den folgenden Überlegungen. Es eröffneten sich drei Nutzergruppen: 1. die Mitarbeitenden, 2. die Patient*innen der Station und 3. deren Angehörige. Erste Gedanken betrafen die reine Informationsvermittlung für Patient*innen zum Beispiel in Form von Essens- oder Freizeitprogrammen und Informationsfilme zu verschiedenen Behandlungsschwerpunkten. Für die Mitarbeitenden und Angehörigen wurde die Idee formuliert, Schulungen anzubieten, also die Möglichkeit eröffnet, in den Dialog zu treten. Eine weitere Idee war es, das Netzwerk zu nutzen und Vorträge oder Weiterbildungen in Kooperation mit der Pflege- und Wohnberatung oder der Weiterbildungsstätte Lünen anzubieten.

Um die genauen Bedarfe und Ideen der Mitarbeitenden zu erfahren und nutzen zu können, sollte ein Kurzworkshop mit dem Team der Geriatrie stattfinden. Folgende Fragen wurden den Mitarbeitenden gestellt:

- Von welchen Informationen können die Patient*innen profitieren?
- Wie könnten Schulungen für Mitarbeitende aussehen? (eine Person in der Klinik – viele am Bildschirm; viele Personen in der Klinik - eine am Bildschirm)
- Besteht Interesse an Schulungen oder Informationsveranstaltungen für Angehörige?
- Welche Inhalte würden sich für die verschiedenen Formate anbieten? Für welche Themen besteht Interesse?
- Könnten Sie sich Netzwerkarbeit mit andere Kooperationspartner*innen vorstellen? Mit welchen? Welche Themen wünschen sie sich von diesen?
- Wie kann diese Plattform zum Dialog einladen? Wie kann Feedback aussehen? Welche Funktionen sollte eine Dialogplattform haben?
- Welchen Nutzen und Vorteile wünschen Sie sich von einer digitalen Plattform?
- Könnten Hemmnisse entstehen? Welche und gibt es Ideen zur Bewältigung dieser?

Workshop

Folgender Workshop wurde unbedingt unter Einbezug der Mitarbeitenden der Klinik geplant. Die Mitarbeitenden dienen als Ideengeber*innen, die an der Basis sind und folglich auch Nutzer*innen der Dialogplattform sind. Sie kennen am besten die Bedürfnisse der Patient*innen und Angehörigen sowie die Bedarfe der Mitarbeitenden, welche Fortbildungen, Informationen und Schulungen wichtig sind. Ebenso sollte abgefragt werden, welche Kenntnisse und Fertigkeiten im Umgang mit digitalen Medien vorhanden sind oder ob Hemmnisse neuen Medien gegenüber bestehen. Zunächst müssten dann die Mitarbeitenden geschult werden, damit diese eine gewisse Sicherheit im

Umgang erlangen können. Diese Mitarbeitenden wären dann in der Lage auch den Angehörigen und Patient*innen die digitale Plattform zu erläutern. Dies erhöht die Akzeptanz für die Nutzung.

Wirkungsziele

- Durch die Einbindung der Mitarbeitenden sind diese in Veränderungsprozesse der Organisation eingebunden.
- Die Mitarbeitenden arbeiten an der Digitalisierung des eigenen Arbeitsplatzes mit.
- Vorhandene Medien der Station werden durch neue Nutzungs-ideen der Mitarbeitenden mehr in den Fokus gerückt.
- Durch Kooperation und Vernetzung mit anderen Partner*innen können Bedarfe verschiedener Nutzer*innen besser bedient werden.
- Handlungsziele
- Die Mitarbeitenden kennen die Bedürfnisse der Patient*innen und Angehörigen und können ein Angebot dazu empfehlen.
- Die Mitarbeitenden erweitern ihre Digitalkompetenz und können diese ebenso Patient*innen und Angehörigen weitergeben.
- Die Mitarbeitenden kennen die eigenen Bedarfe und die Kooperationspartner und können daraufhin Fort- und Weiterbildungsangebote oder Vorträge organisieren.

Um die Mitarbeitenden in Gesprächen besser einzubinden, ist es möglich, die Beteiligung durch verschiedene Formate zu erhöhen. Während der Teambesprechungen können Inhalte auf dem Fernseher besser visualisiert oder strukturiert werden.

Dabei ist zu unterscheiden, dass es möglich ist, dass alle Teilnehmenden digital dazugeschaltet sind oder die Teilnehmenden per eigenem Endgerät z. B. Smartphone sich an den Tools beteiligen, physisch aber vor Ort sind. Benötigt werden dafür, um die erarbeiteten Inhalte für alle Teilnehmenden vor Ort sichtbar zu machen ein Beamer oder ein Fernseher als Ausgabemedium oder eine digitale Tafel. Diese Tafel bietet noch direktere Bearbeitungsmöglichkeiten, da dort direkt Texte markiert und erweitert werden können und diese direkt an die



Teilnehmenden verschickt werden können. Da dieses Instrumentarium häufig nicht zum Standard gehört, liegt hier der Fokus zunächst auf gemeinsame Tools für eine Leinwand oder Fernseher. Der Fernseher als Ausgabemedium kann für verschiedene Schwerpunkte genutzt werden. Teilweise werden die Smartphones der Teilnehmenden dafür gebraucht, es gibt aber ebenso Anwendungen, die bewusst darauf verzichten. Einige Tools mit ihren Anwendungsbeispielen werden hier in Kürze vorgestellt. Um eine digitale und somit für alle Teilnehmenden sichtbare Mindmap zur Ideenfindung zu eröffnen, bieten sich Programmen wie zum Beispiel Mindmeister oder Flinga an. Beide Programme laden zum Brainstormen, also zur gemeinsamen Sammlung und Priorisierung von Themen oder Ideen nutzen. Alle Nutzer benötigen einen eigenen Zugang zum Internet, um aktiv an der Ideensammlung teilzunehmen. Diese Gegebenheiten sind im Krankenhausalltag eher selten und bieten sich daher eher für Onlineterminen an. Das Programm Idea Boardz ist eine digitale Pinnwand, die verschiedene Formate wie z. B. Retrospektive, sechs Hüte, ToDo Listen oder mit bis zu 10 selbst erstellten Fragestellungen vorbereitbar ist. Die digitalen Teilnehmenden können ihre Antworten anonym abgeben oder den schon geschriebenen Antworten zustimmen. Ein Padlet kann von einer einzelnen Person zur Wissensvermittlung erstellt werden, ebenso kann es aber auch gemeinsam oder von kleinen Arbeitsgruppen gefüllt werden. In dem Padlet können Texte, Links oder auch Videos platziert werden, um sich einem Thema zu nähern und den Kolleg*innen zur Vorstellung zur Verfügung zu stellen. Ebenfalls könnte ein Padlet den Patient*innen mit Informationen zum geriatrischen Aufenthalt allgemein, dem Essensplan oder Beschäftigungs- und Therapieangeboten zur Verfügung gestellt werden.



Literaturverzeichnis

Backerra, Hendrik; Malorny, Christian; Schwarz, Wolfgang (2020). Kreativitätstechniken: Kreative Prozesse anstoßen, Innovationen fördern. München: Carl Hanser Verlag.

Bertelsmann Stiftung (2021): Potenziale sozialer Innovationen in der ambulanten Langzeitpflege. In: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Potenziale_sozialer_Innovationen_in_der_ambulanten_Langzeitpflege_IGES_Studie.pdf [13.06.2022].

BfArM – Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (2005): Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF). In: <https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICF/-node.html> [20.09.2022].

Bräutigam, Christoph; Enste, Peter; Evans, Michaela; Hilbert, Josef; Merkel, Sebastian; Öz, Fikret (2017): Arbeitsreport Digitalisierung im Krankenhaus: Mehr Technik – bessere Arbeit? (pdf) Study der Hans-Böckler-Stiftung Nr. 364 [09.06.2022].

Dauscher, Ulrich; Maleh, Carole (2006): Moderationsmethode und Zukunftswerkstatt. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage. Augsburg: ZIEL Verlag.

Deutscher Ethikrat (2013): Die Zukunft der genetischen Diagnostik – von der Forschung in die klinische Anwendung. Stellungnahme. In: <http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-zukunftder-genetischen-diagnostik.pdf> [09.06.2022].

Engel, Frank (2019): Beratung unter Onlinebedingungen. In: Rietmann, Stephan; Sawatzki, Maik; Berg, Mathias (Hrsg.): Beratung und Digitalisierung. Zwischen Euphorie und Skepsis. Wiesbaden: Springer VS. S. 3-39.

Eppler, Martin J.; Hoffmann, Friederike; Pfister, Roland A. (2014): Creability. Gemeinsam kreativ - innovative Methoden für die Ideenentwicklung in Teams. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

Erhardt, Klaudia; Grüber, Katrin (Hrsg.) (2015): Teilhabe von Menschen mit geistiger Behinderung am Leben in der Kommune. Ergebnisse eines Forschungsprojekts. Freiburg: Lambertus Verlag.

Falkenreck, Christine (2019): Digitalisierungsprojekte erfolgreich planen und steuern. Kunden und Mitarbeiter für die digitale Transformation begeistern. Wiesbaden: Springer Gabler.

Gerling, Ansgar; Gerling, Godehard (2018): Der Design-Thinking-Werkzeugkasten. Eine Methodensammlung für kreative Macher. Heidelberg: dpunkt.verlag.

Gesmann, Stefan; Merchel, Joachim (2019): Systemisches Management in Organisationen der Sozialen Arbeit. Handbuch für Studium und Praxis. Heidelberg: Carl-Auer Verlag.

Herriger, Norbert (2022): Empowerment. In: <https://www.socialnet.de/lexikon/Empowerment> [24.08.2022].

Holzinger, Hans; Spielmann, Walter (o. J.): Die Zukunft demokratisieren. Einführung in die Methode Zukunftswerkstatt. In: <https://jungk-bibliothek.org/wp-content/uploads/2016/08/zw-einf3bchrung-hh-wsp.pdf>. [07.01.2021].

Howaldt, Jürgen; Schwarz, Michael (2010): Soziale Innovationen – Konzepte, Forschungsfelder und -perspektiven. In: Howaldt, Jürgen; Jacobsen, Heike (HrHosg.): Soziale Innovation. Auf dem Weg zu einem postindustriellen Innovationsparadigma. Wiesbaden: transcript Verlag. S. 87 – 108.

Jungk, Robert; Müllert, Norbert R. (1981): Zukunftswerkstätten. Hamburg: Hoffmann und Campe.

Kahle, Ute (2019): Inklusion, Teilhabe und Behinderung. Herausforderungen und Perspektiven der Transformationsprozesse von Organisationen der Behindertenhilfe aus institutioneller Sicht. Marburg: Lebenshilfe-Verlag.

Kuhnt, Beate; Müllert, Norbert R. (1996): Zukunftswerkstätten verstehen – anleiten – einsetzen. Das Praxisbuch zur Sozialen Problemlösungsmethode Zukunftswerkstatt. Münster: Ökotopia Verlag.

Müllert, Norbert R. (2009): Zukunftswerkstätten. In: Popp, Reinhold; Schüll Elmar (Hrsg.): Zukunftsforschung und Zukunftsgestaltung. Beiträge aus Wissenschaft und Forschung. Zukunft und Forschung. Berlin, Heidelberg: Springer.

Nuß, Sandra (2005): Projektmanagement für Profis. Planung, Marketing, Finanzierung, Teamarbeit. Münster: Votum.

Nuß, Sandra; Schubert, Herbert (2005): Projektmanagement in der sozialen Arbeit. Sozialmanagement, Zwischen Wirtschaftlichkeit und fachlichen Zielen. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Pözl, Alois; Wächter, Bettina (2019): Digitale (R)Evolution in Sozialen Unternehmen. Praxis-Kompass für Sozialmanagement und Soziale Arbeit. Regensburg: Walhalla Fachverlag.

Reinmüller, Karin (2022): Pflege in Zeiten von Corona. Die Entwertung (grund)rechtlicher Garantien durch allgemeine Sicherheitsnarrative. In: Stronegger, Willibald J.; Platzer, Johann (Hrsg.): Technisierung der Pflege. 4. Goldegger Dialogforum Mensch und Endlichkeit. Band 15. Baden-Baden: Nomos.

Weinbrenner, Peter (1988): Zukunftswerkstätten: eine Methode zur Verknüpfung von ökonomischem, ökologischem und politischen Lernen. Bielefeld: Univ., Fak. Für Wirtschaftswissenschaften.

Wellhöfer, Peter R. (2018): Gruppendynamik und soziales Lernen. Theorie und Praxis der Arbeit mit Gruppen. München: UVK Verlag.





