



Projekt MeH MoS

(Menschen mit erworbener Hirnschädigung im Modellbezirk  
Schwaben)

Bericht Arbeitspaket 3

Prof. Dr. Alexander M. Würfel

Neu-Ulm, 07.11.2023

## Inhalt

1. Einleitung .....	3
2. Netzwerktreffen MeH MoS.....	4
3. Projektgruppen und Workshops .....	4
4. Ergebnisse der Teilprojekte mit Beteiligung der Studierenden.....	5
4.1 Wohnen und Leben.....	5
4.2 Arbeiten und Beschäftigung.....	6
4.3 Tagesstruktur und Freizeit .....	7
4.4 Therapie und medizinische Versorgung.....	8
4.5 Neue Angebote und Innovationen.....	10
5. Handlungsempfehlungen und Diskussion .....	12
5.1 Lotse als initiales Konzept .....	14
5.2 Zugang und Nutzer .....	14
5.3 Informationsplattform .....	16
5.4 Gamification und Akzeptanz .....	17
5.5 Hilfe zur Selbsthilfe – Empowerment und Sichtbarkeit.....	18
6. Schlussfolgerung und weiteres Vorgehen .....	19

## 1. Einleitung

Im vorliegenden Bericht werden die wesentlichen Ergebnisse des abschließenden, dritten Arbeitspakets des Forschungsprojekts MeH MoS zusammengefasst. Die dritte Projektphase hatte zum Ziel, die gemeinsam mit Patientenvertretern erarbeiteten Konzepte mit Partnern aus der Praxis diskutieren und Handlungsempfehlungen abzuleiten.

Aufsetzend auf dem Konzept einer hybriden Lösung mit einem Lotsen als zentraler Instanz, wurde versucht, realisierbare digitale Angebote zu konkretisieren. Fokuspunkte bildeten hierbei u.a. Kunden- bzw. Patientenorientierung, Akzeptanz, praktische Realisierbarkeit und die Integration in bestehende Strukturen.

Bewusst ging es in der Erarbeitung der Ansätze darum, neue Wege zu beschreiten, Experten und Leistungserbringen einzubinden, Brücken zu bauen und damit neue Versorgungspfade zu beschreiben.

Im Rahmen der dritten Projektphase wurde zudem ein studentisches Transferprojekt an der HNU initiiert. Aufsetzend auf dem Grundkonzept einer hybriden Lösung, wurden in Workshops von Studierenden und Einrichtungsvertretern mögliche Inhalte in den Teilbereichen (1) Wohnen und Leben, (2) Arbeiten und Beschäftigung, (3) Tagesstruktur und Freizeit, (4) Therapie und medizinische Versorgung sowie (5) neue Angebote und Innovationen. Bewusst wurden in diesen Teilprojekten Konzepte und Ideen diskutiert, die nicht zwingend unmittelbar umsetzbar sind. Vielmehr ging es darum Entwürfe zu generieren, was grundsätzlich möglich wäre und wo Grenzen oder Herausforderungen bestehen bzw. bestünden.

Im Rahmen des Berichts werden die Kernergebnisse dieser Workshops zusammengefasst. In der Folge sollen dann Handlungsempfehlungen für ein hybrides, modulares Angebot für Menschen mit erworbener Hirnschädigung aufgezeigt werden.

## 2. Netzwerktreffen MeH MoS

Die dritte Phase des Projekts MeH MoS startete mit dem ersten Netzwerktreffen MeH MoS, welches an der Hochschule Neu-Ulm am 24. März 2023 stattfand. Im Rahmen dieses Treffens, an dem Experten und Vertreter unterschiedlicher Einrichtungen der Versorgung von Menschen mit erworbener Hirnschädigung teilnahmen, wurden unter anderem die Ergebnisse der ersten beiden Projektphasen präsentiert.

Als zusätzliche Impulsvorträge gaben Frau Yvonne Keller von FRAGILE Suisse mit dem Pilotprojekt LOTSE und PD Dr. Katrin Rauen von der Universitätsklinik Zürich einen Einblick in Versorgungsstrukturen des Nachbarlandes Schweiz. Insbesondere das Projekt LOTSE, das in der nachklinischen Phase bzw. nach der Rehabilitation ansetzt, bot einen unmittelbaren Anknüpfungspunkt für die, im Projekt bislang erarbeiteten Konzepte.

Im ersten Feedback wurde bereits deutlich, dass zum einen der Lotse in dem angedachten Konzept eine tragende Rolle einnehmen wird und zu anderen, dass eine große Offenheit in den Einrichtungen besteht, neue Versorgungsszenarien – auch mit stärkerer Einbindung der Patienten – anzudenken und zu konzipieren.

## 3. Projektgruppen und Workshops

Die Veranstaltung diente ebenfalls dazu, das Transferprojekt mit studentischer Beteiligung zu starten. In Workshops zu den einzelnen, oben genannten Teilgebieten wurden erste Konzepte und Ansatzpunkte diskutiert. In der Folge konnten weitere Teilnehmer aus den Einrichtungen für die Projektgruppen gewonnen werden. Über drei Monate hinweg erarbeiteten die beteiligten Studierenden mit den Vertretern der Einrichtungen unterschiedliche Angebote in den einzelnen Bereichen. Diese sollen nachfolgend kurz dargestellt werden.

Die Zusammenfassung konzentriert sich dabei auf den Inhalt der erarbeiteten Angebote. Da in den Workshops bzw. Gruppen unterschiedliche, technisch weitgehend eigenständige Lösungen erarbeitet wurden (z.B. Webseiten, Apps), soll die technische Realisierung zunächst nicht genauer betrachtet werden.

## 4. Ergebnisse der Teilprojekte mit Beteiligung der Studierenden

Die Oberthemen der Workshops und Teilprojekte leiten sich aus den in den ersten Phasen des Projekts identifizierten Handlungsbereichen ab. Gerade der Übergang vom Akutbereich bzw. rehabilitativen Versorgung in Leben und Alltag wurde von den Patienten als problematisch empfunden. Hier soll primär die hybride Lösung mit einem Lotsen ansetzen. Die Teilprojekte sollten dabei ausloten, welche Optionen generell bestünden und wo Chancen bzw. Probleme und Herausforderungen von Seiten der Experten und Einrichtungen gesehen werden.

### 4.1 Wohnen und Leben

Der Bereich Wohnen und Leben wurde sowohl von Anbieterseite als auch von Patientenseite als Herausforderung beschrieben. Gerade in ländlichen Gebieten sind nur bedingt passende Wohnangebote zu finden. Ebenso wurde in diesen Gebieten die ambulante Versorgung als problematisch beschrieben. Auch die Patienten stellten in der zweiten Phase eine mangelnde Transparenz vorhandener Angebote heraus.

Im Vordergrund bei der Implementierung eines digitalen Angebots zum Bereich Wohnen und Leben stehen zum einen die Information zu möglichen bzw. Lokalisierung von Wohnangeboten und zum anderen Informationen zur Anpassung bestehender Wohnsituationen an die neuen Rahmenbedingungen.

Um den Übergang in die Plattform zu erleichtern, soll eine Integration bereits in der Rehabilitation erfolgen. Bereits in diesem Rahmen können Betroffene und oder Angehörigen individuelle Profile anlegen. Es können Fähigkeitsprofile definiert werden, um passgerechte Informationen zu erhalten. Zugleich können so passende Wohnangebote lokalisiert und auf einer Karte angezeigt werden. Die Darstellung könnte sich hier bspw. an der bekannten Darstellung in Google-Maps (oder vergleichbaren Navigations-Apps) orientieren.

Die individuellen Nutzerprofile sollten im Erstzugang valide angelegt werden und bilden einen wesentlichen Aspekt für die Vertrauenswürdigkeit der Plattform. Nur wenn die Nutzer der Plattform wissen, dass andere Nutzer ebenfalls Patienten oder Angehörige sind, werden sie die Plattform auch (sozial) interaktiv nutzen. Dies ist ein Punkt, der in allen Teilprojekten als essenziell herausgestrichen wurde.

Im Angebot sollen auch Informationen zu möglichen Anpassungen des eigenen Wohnumfelds, Kosten und entsprechenden Kostenübernahmen enthalten sein. Technische Lösungen (z.B. AAL Anwendungen) sollten dabei sowohl multimedial erfahrbar werden, als auch „bewertbar“ sein. Videobeispiele können zeigen, wie bestimmte Unterstützungen (z.B. Treppenlift, Sprachsteuerung) funktionieren.

Zudem sollten Bewertungen von MeH-Patienten möglich sein. Konkrete Nutzungserfahrungen schaffen eine größere Akzeptanz als bloße

Präsentationen der Anbieter selbst. Darüber hinaus bietet sich die Chance, durch solche Rückkopplungsmöglichkeiten die Patienten stärker in die Plattform zu integrieren. Einschränkend ist jedoch anzumerken, dass entsprechende Bewertungen oder Rückkopplungsmöglichkeiten nicht für alle MeH sinnvoll sind. Die Experten sehen hier ein gestuftes Nutzerkonzept als zwingend an, um eine Interaktion der Nutzer auf der Plattform sinnvoll zu ermöglichen. Dieser Ansatz wäre für eine interaktive Plattform ein Schlüsselkriterium und wird unten stehend nochmals ausführlich thematisiert.

Ergänzend wird auch die Option eines virtuellen schwarzen Bretts aufgezeigt. Hier könnten Informationen gesucht, „Anzeigen“ geschaltet, Termine angezeigt oder evtl. auch Austauschforen initiiert werden. Denkbar wäre es hier eine Schnittstelle bspw. auch für ambulante Dienste zu etablieren. Betreuungsmöglichkeiten könnten gesucht oder angeboten werden. Eine räumliche Eingrenzung wäre hier denkbar.

Laufend sollte den Betroffenen die Möglichkeit geboten werden, mit Fragebogen die eigene Situation und eigene Bedarfe zu erfassen. Diese muss adaptiv an den Fähigkeitsprofilen der MeH ausgerichtet sein. Damit können dann mögliche Angebote erschlossen und passende Informationen verfügbar gemacht werden.

## 4.2 Arbeiten und Beschäftigung

Bereits in der ersten Phase des Projekts wurde ein Mangel an geeigneten Arbeitsplätzen für MeH konstatiert. Dies beinhaltet sowohl Arbeitsplätze in spezialisierten, sozialen Einrichtungen als auch Arbeitsplätze im regulären Arbeitsmarkt. Mit der aufgezeigten Plattform könnte hier zum einen Transparenz über bestehende Angebote geschaffen werden und zum anderen ein Transfer zwischen Arbeitgebern und Einrichtungen imitiert werden, wie neue Angebote (auch durch Unternehmen) geschaffen werden könnten bzw. wie eine umfassendere Integration von MeH in den ersten Arbeitsmarkt gelingen könnte.

Auch im Bereich Arbeit und Beschäftigung wird von Patienten wie Einrichtungen eine Schnittstellenproblematik im Anschluss an die Rehabilitation wahrgenommen. Die Idee eines Lotsen, der individuell Versorgungsszenarien aufzeigen kann, wird deshalb gerade in diesem Bereich positiv bewertet. Ein entsprechendes hybrides Angebot könnte in bzw. im Anschluss an die Rehabilitation mit einer „Einstufung“ des Patienten starten und damit unmittelbar Beschäftigungsmöglichkeiten aufzeigen.

Daneben wurde deutlich, dass ein Portal ebenfalls dazu beitragen könnte, Berührungspunkte der Arbeitgeber im Hinblick auf geeignete Arbeitsplätze zu reduzieren. Mittels „Best-Practice“-Beispielen könnten Umsetzungen dargestellt und sowohl Arbeitgebern als auch MeH Perspektiven aufgezeigt werden.

Darüber hinaus böte ein web-basiertes Angebot die Möglichkeit, freie Stellen bzw. Arbeitsangebote/plätze zu lokalisieren. Dies würde Transparenz schaffen und eine Kontaktaufnahme sowohl für MeH wie auch für Angehörige ermöglichen. Damit wäre es zudem denkbar, reale Arbeitsplätze zu dokumentieren (z.B. Videos) oder Visiten zu ermöglichen. Dies erlaubt sowohl Betroffenen als auch potenziellen Arbeitgebern einen Überblick dessen, was möglich ist.

Ergänzend wurden Bewertungen von Angeboten durch Betroffene als Option diskutiert. Hier sehen die Experten der Einrichtungen jedoch Probleme in der validen Selbsteinschätzung der Patienten. Eine Option könnten hier jedoch teilstandardisierte Vorstellungen sein, die die Sicht der Betroffenen einbinden, jedoch „moderiert“ werden.

Deutlich wurde auch, dass mit der Beschäftigung auch eine Weiterbetreuung der MeH verbunden sein sollte. Ambulante Betreuungsszenarien, evtl. auch durch Einrichtungen der Eingliederungshilfe wären denkbar. Daneben wären auch Fortbildungen für Arbeitgeber anzudenken, die ein besseres Verständnis der Krankheitsbilder und Fähigkeitspotenziale ermöglichen. Nicht immer sind die Fähigkeitspotenziale von MeH für Außenstehende transparent. Gerade hier bedarf es Aufklärung und Sensibilisierung potenzieller Arbeitgeber bzw. Kooperationspartner.

Im Rahmen des Teilprojekts zeigte sich eine große Offenheit von Stakeholdern aus dem ersten Arbeitsmarkt für das Thema. Ein Kontakt zur IHK konnte hergestellt werden. Eine Einbindung wäre im Rahmen der Plattform denkbar.

#### 4.3 Tagesstruktur und Freizeit

Gerade der Übergang in das häusliche Umfeld bedeutet für MeH auch den Verlust einer definierten Tagesstruktur, die in der Rehabilitation und der Akutversorgung gegeben ist. Die Herausforderungen der neuen Situation werden in den ersten Phasen durch eine kontinuierliche Einbindung der Patienten in Behandlungsabläufe oftmals kaum konkret wahrnehmbar.

Mit dem Ende der Rehabilitation, das wurde auch bereits in der zweiten Phase des Projekts deutlich, ergibt sich für die Betroffenen erstmals eine Konfrontation mit der gewohnten bzw. vertrauten Umgebung. Gerade hier erleben viele Betroffene erstmals die Veränderungen und es ergeben sich psychische Belastungen und Orientierungsprobleme. Angeboten der Tagesstrukturierung und Freizeit kommt deshalb gerade nach der Phase der stationären Rehabilitation eine hohe Bedeutung zu.

Oftmals sind mit der Erkrankung vormals bestehende tagesstrukturierende Elemente, wie bspw. die Erwerbsarbeit oder Freizeitaktivitäten weggefallen. Diese „Lücke“ gilt es zu füllen um MeH wieder in den bzw. einen „neuen“ Alltag einzubinden.

Gerade hier bieten web-basierte Technologien und gerade mobile Anwendungen eine gute Chance, Angebote zu schaffen oder zugänglich zu machen. Nachrichten und Benachrichtigungen könnten den MeH eine Tagesstruktur vermitteln. Denkbar wären hier einfache Meldungen („Guten Morgen“) wie auch Erinnerungen („Nimm Deine Tablette“) oder Interaktionsaufforderungen („Wie geht es Dir?“). Über Sprachsteuerung könnte eine Interaktion erleichtert werden.

Zudem wäre es möglich über Spiele, die an den Potenzialen der Betroffenen ausgerichtet sind zum einen Beschäftigung zu generieren und zum anderen Lerneffekte oder, weitergehend einen sozialen Austausch mit anderen Betroffenen zu ermöglichen.

Gerade Online-Spiele schaffen im Spiel selbst oftmals einen virtuellen sozialen Raum, in dem eine hohe Anonymität gewahrt bleiben kann. In Phasen ohne Erwerbstätigkeit oder für das Wochenende könnten diese Spiele eine sinnvolle und zeit-einnehmende Tätigkeit sein. Einsamkeit der Betroffenen könnte hiermit ebenfalls begegnet werden. Der Gaming Approach könnte weitergehend auch im Rahmen von Weiterbildungs- und Lernprogrammen für MeH genutzt werden.

Da jedoch die Nutzung einer App auf einem mobilen Endgerät eine Überforderung für einige Betroffene darstellen könnte, bestünde die Möglichkeit teil-hardware-basierte Lösungen aufzugreifen. Ein Beispiel wäre hier die, ursprünglich für Ältere entwickelte Enna-Care-Umgebung<sup>1</sup>. Diese nutzt Chip-Karten, um Anwendungen auf einem verbundenen mobilen Device zu starten. Auf diese Weise könnten Informations- oder Unterhaltungsangebote leicht verfügbar gemacht werden.

Zusätzlich zu den angeführten Anwendungen könnten, in Anlehnung an die oben bereits behandelten Themenfelder, auch mögliche Freizeitangebote lokalisiert werden. Mit dem Hinterlegen der eigenen Interessen und Wünsche könnten den Betroffenen passende, an den individuellen Fähigkeitsprofilen orientierte Angebote angezeigt werden.

#### 4.4 Therapie und medizinische Versorgung

Die Erreichbarkeit von Therapieangeboten und medizinischer Versorgung, gerade im ländlichen Raum war ein Thema, das von den Betroffenen selbst in der zweiten Projektphase in besonderem Maße herausgestellt wurde. Zudem zeigen sich hier erhebliche Mängel im bestehenden Informationsangebot. Auch in der ersten Phase wurde von den Einrichtungen dieser Mangel hervorgehoben.

Auch hier ergibt sich ein Bruch in der Versorgung von MeH nach der Akut- und Rehabilitationsphase. Werden in dieser ersten Versorgungsphase Angebote und Informationen zum Krankheitsbild an die Betroffenen herangetragen, so ändert sich dies grundlegend mit dem Ende der stationären (bzw. ambulanten) Rehabilitation. Zurück im häuslichen Umfeld

---

<sup>1</sup> Vgl. für weitere Informationen [www.enna.care](http://www.enna.care)

sind die Betroffenen weitgehend auf sich gestellt und oft auf die Hilfe von Angehörigen angewiesen, um therapeutische Angebote wahrzunehmen. Dies führt nicht zuletzt zu enormen Belastungen für die MeH wie auch das Umfeld.

Neben dem Zugang zu medizinisch-therapeutischer Versorgung ergibt sich für die Betroffenen auch ein Mangel an qualifizierter Information. Kann in der ersten Phase bei Fragen noch leicht und unmittelbar qualifiziertes Personal kontaktiert werden, so wird dies in der Folge schwieriger. Die engmaschige therapeutische Versorgung in der Anfangsphase erlaubt zudem eine deutlich bessere Anpassung der Maßnahmen auf die Bedarfe der MeH als die i.d.R. eher diskontinuierliche Versorgung nach Übergang ins häusliche Umfeld.

Die medizinisch-therapeutische Versorgung muss letztlich vom Patienten selbst initiiert werden. Dies kann nur dann gelingen, wenn hierfür die Kompetenz bzw. die Fähigkeiten und eine korrespondierende Informiertheit gegeben ist. Gerade die Workshops der zweiten Phase zeigten hier eine erhebliche Informationslücke bei den Betroffenen auf. Vielfach äußerten die diese, dass ihnen ein Überblick weiterer Therapiemöglichkeiten fehle und die Versorgung damit eher fragmentiert und oft abhängig von Involvement des jeweiligen Arztes oder Therapeuten zu sehen ist.

Hier setzte das Teilprojekt „Therapie und med. Versorgung“ an. Neue Medien schaffen die Möglichkeit, sowohl Informationen über Therapien anzubieten, als auch Therapeuten oder medizinische Angebote zu finden. Darüber hinaus können Selbsthilfegruppen (auch virtuell) oder Erfahrungsberichte von Betroffenen oder Fachartikel den Betroffenen eine Orientierung geben.

Zusätzlich zu den Informationsangeboten könnten auch Therapien unter Nutzung neuer Medien einen ubiquitären Zugang zu medizinischer bzw. therapeutischer Versorgung ermöglichen. Bereits heute existieren einige Programme im Bereich Tele-Rehabilitation, die auch von Kostenträgern gestützt werden. Neben diesen könnten Einrichtungen auch Angebote auf Selbstzahlerbasis anbieten. Die Orientierung wäre hier für die Betroffenen deutlich einfacher.

Gleichzeitig muss der Zugang zu solchen digitalen Anwendungen sich an den Fähigkeitsprofilen und Bedarfen der Betroffenen orientieren. Hier wurde in der Diskussion mit den Experten abermals deutlich, dass ein erster Zugang sinnvoller Weise bereits in der Rehabilitation erfolgen sollte (u.a. Anlegen eines Accounts) und, dass einem Lotsen als Ansprechpartner – auch im Sinne eines Backups, einer Rückfalloption – besondere Bedeutung zukommt.

Mit dem Zugang selbst kann das Profil der MeH im Account hinterlegt werden. Somit wird eine Filterung der eingestellten Angebote, orientiert am potenziellen Bedarf der Betroffenen möglich. Das Informationsangebot wird damit transparenter. Hier wäre es essenziell, wenn die Betroffenen am Ende der Rehabilitation ein Fähigkeitsprofil hinterlegen. Dieses könnte in

der Folge immer wieder eine Anpassung erfahren. Denkbar wären hier bspw. Checks, die es den Betroffenen ermöglichen selbstständig ihr Profil zu aktualisieren. Eine Option wären hier kleinere „Games“, die kognitive oder motorische Fähigkeiten helfen zu ermitteln. Aus einem solchen Gaming-Ansatz könnte gleichzeitig ein Trainingseffekt für die Nutzer, wie auch ein Log-In Effekt erwachsen. Die Beschäftigung mit der Anwendung als Training und Unterhaltung. Dieser Ansatz wird in der Folge noch weiter vertieft dargestellt.

#### 4.5 Neue Angebote und Innovationen

Obwohl bereits in den anderen Teilprojekten innovative und zumeist technikbasierte Szenarien diskutiert wurden, wurde bewusst ein offenes Teilprojekt geschaffen, das zusätzlich gänzlich neue Ideen ausarbeiten sollte. Hier ging es nicht darum, bestehende Angebote zu digitalisieren oder durch digitale Angebote zu erweitern, sondern grundlegend neue digitale Angebote zu denken.

Im Rahmen des Teilprojekts wurde primär der zuletzt aufgezeigte Gaming-Approach weitergedacht. Grundidee war, mit Spielen und virtuellen Foren zugleich eine Akzeptanzsteigerung und darüber hinaus Lerneffekte und Trainings für die MeH zu generieren.

Diese Idee setzt bei einem grundlegenden Problem digitaler Angebote an, der Akzeptanz bzw. dem so genannten „Reason Why“ der Nutzung durch die Zielgruppe. Selten ist für die Nutzung einer Innovation die komplette Bandbreite der Nutzungsoptionen entscheidend. Vielmehr spielen bestimmte Nutzungen eine Schlüsselrolle sich häufig mit der Anwendung oder dem Gerät auseinander zu setzen<sup>2</sup>. Für die angedachte hybride Lösung kann zwar ein erster Zugang in der Rehabilitation gelegt werden. Darüber hinaus kann der Lotse als Ansprechpartner versuchen die MeH anzusprechen und einzubinden. Die reale, im Idealfall tägliche Nutzung ist und bleibt jedoch vom persönlichen Nutzenempfinden der Anwender abhängig. Ein kontinuierliches Triggern der Teilnahme durch den Lotsen ist kein dauerhaft denkbare Szenario, alleine weil es nur bedingt skalierbar ist.

Gerade (serious) Games können hier einen sehr guten Einstieg bieten. Einfache, spielerische Anwendungen können unterhalten und zugleich einen Trainingseffekt für die MeH bieten. Zudem können Computerspiele – wie oben bereits dargestellt – soziale Kontakte fördern und damit ein Schlüssel sein, MeH in Interaktion zu bringen. Es ergibt sich auf diese Weise ein schrittweiser ein Zugang zu einer virtuellen Community.

Basis dieser Idee ist, dass die Teilnehmer der Plattform durch einen kontrollierten Zugang eine sichere Umgebung haben. In der virtuellen Umgebung können die Zugänge der MeH und die von Angehörigen oder

---

<sup>2</sup> Vgl. Konzept der so genannten Killerapplikationen, die die Nutzung neuer Technologien maßgeblich beeinflussen. Vgl. u.a. Weiber, Rolf (Hrsg.) Handbuch Electronic Business Informationstechnologien - Electronic Commerce – Geschäftsprozesse, 2. Überarbeitete und erweiterte Ausgabe, Gabler, Wiesbaden 2002, S. 14.

anderen Teilnehmern getrennt werden. Für die Beteiligten ergibt sich damit auch in der Anonymität die Sicherheit, wer der Interaktionspartner ist. Damit kann im ersten Schritt ein anonymer Zugang erfolgen. Wann und in wie weit dieser schrittweise aufgegeben wird. Können die MeH (selbst oder in Absprache mit Angehörigen oder Therapeuten) selbst entscheiden.

Die Idee, für die MeH eine virtuelle Plattform zur Interaktion zu schaffen, folgt der Idee des, in Finnland etablierten digital health village, das Patienten im Anschluss einer Krankenhausbehandlung offensteht<sup>3</sup>.

Der Gaming-Ansatz kann dabei ebenso tagesstrukturierende Form haben, indem Alltagstätigkeiten „abgearbeitet“ werden müssen um Fortschritte zu erzielen. Gleichfalls ist es möglich auch fachliche oder berufsnahe Qualifikationen schrittweise auszubauen oder neu zu erwerben. Bspw. könnte, abseits krankheitsspezifischer Inhalte auch in spezifischen Settings der Umgang mit neuen Medien routiniert werden oder Softwareprogramme erlernt werden. Hieraus ergäben sich in der Folge u.a. neue Chancen auf dem Arbeitsmarkt oder weitergehende Beteiligungen an einer Plattform für MeH. Dies könnte auch dazu führen, dass die Betroffenen selbst in die Lage versetzt werden Content für die Plattform zu produzieren.

---

<sup>3</sup> [www.digitalhealthvillage.com/en/home](http://www.digitalhealthvillage.com/en/home) (abgerufen am 07.11.2023)

## 5. Handlungsempfehlungen und Diskussion

Die dritte Projektphase veranschaulichte die multiplen Möglichkeiten aber auch die Grenzen der angedachten Plattform. Dabei wird deutlich, dass ein Aufbau eines entsprechenden Angebots nur schrittweise und modular geschehen kann. Wichtig für das Gelingen ist insbesondere die Festlegung einer klaren Verantwortlichkeit (Lotse), die Akzeptanz bei den MeH und das Überleitungsmanagement bzw. die Integration der Plattform in bestehende Versorgungsstrukturen (insbes. nach der stationären Rehabilitation).

In erster Linie ist die Zielsetzung der Plattform zu verorten. Hier lassen sich aus dem Projekt drei grundlegende Zielsetzungen ableiten:

- Information
- Vernetzung
- Therapie bzw. Weiterbildung/Qualifikation

Die Projektphasen zwei und drei machten sehr deutlich, dass sich in der Verfügbarkeit qualitätsgesicherter Informationen gerade nach der stationären bzw. ambulanten Rehabilitation ein Gap ergibt. Dieser geht einher mit dem Rollenwechsel, den die Betroffenen erfahren. Werden in den ersten Phasen nach dem Akutereignis Informationen an sie herangetragen (Push), so ändert sich diese Situation mit dem Übergang ins häusliche Umfeld grundlegend. Hier sind viele MeH erstmals in der Situation, dass sie sich eigenständig orientieren müssen.

Zudem besteht in der Rehabilitation ein soziales Umfeld zu anderen Betroffenen, das im Anschluss i.d.R. wegbricht. Ist in der Akut- und Rehabilitationsphase der Kontakt zu anderen Betroffenen quasi automatisch gegeben, so muss dieser im Anschluss selbst initiiert werden. Die Vernetzung wird oft erschwert durch die Erkrankung und die eingeschränkte Selbstständigkeit bzw. Angewiesenheit auf Dritte.

Ähnliche Probleme ergeben sich für den Bereich Therapie bzw. Bewältigung der Krankheitsfolgen. Hier wurden medizinisch-therapeutische Behandlungen im Akut- und Rehabilitationsbereich an die Betroffenen herangetragen, die in der Folge selbst gesucht werden müssen. Hinzu kommt oftmals Unsicherheit hinsichtlich der Übernahme entstehender Behandlungskosten. Zudem manifestiert sich die psychische Belastung im häuslichen Umfeld zumeist gänzlich anders als in den ersten Versorgungsphasen.

Ausgehend von den Befunden der drei Projektphasen sollen deshalb nachfolgend Handlungsempfehlungen für den Start der Plattform bzw. weitere Schritte abgeleitet werden.

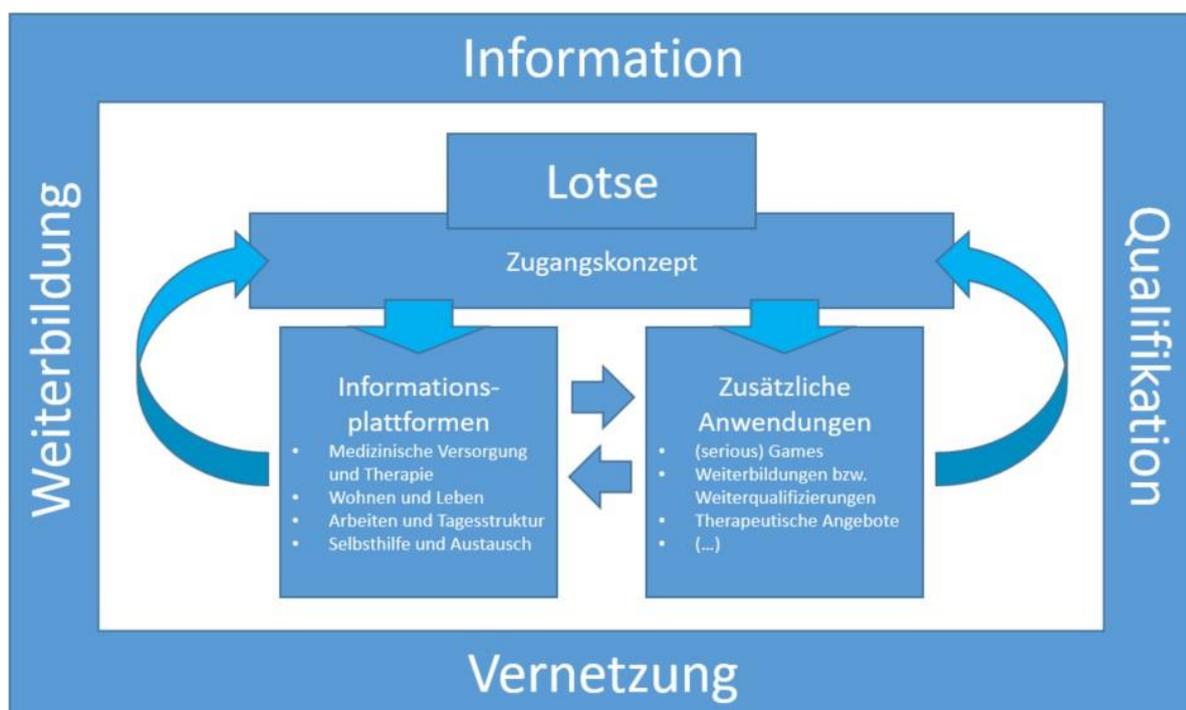
Initiales Element der Plattform bildet die Position des Lotsen. Sowohl Betroffene und Angehörige, als auch Experten machten deutlich, dass die persönliche Ansprache bzw. ein „Guide“ für den Übergang in die ambulante Versorgung eine extrem hohe Bedeutung hat. Zwar kann die Plattform bspw. in der stationären Rehabilitation oder anderen Versorgungskontexten angesprochen und bekannt gemacht werden. Eine Nutzung ist damit jedoch noch immer durch den Betroffenen selbst zu initiieren. Hier kann eine

Ansprache durch einen Lotsen, einen persönlichen Ansprechpartner sehr hilfreich sein für die Erstnutzung. Auch in der Folge ist der Lotse, im Sinne einer „Fall-Back“-Option von großer Bedeutung. Erst in späteren Phasen wäre es denkbar, hier über (Selbsthilfe)Foren oder gestützt durch künstliche Intelligenz Alternativen anzubieten.

Kernelement der Plattform ist die Informationsdatenbank für unterschiedliche Nutzer. Die Teilprojekte der dritten Projektphase zeigen die Bandbreite möglicher Bereiche auf. Essenziell ist dabei der Zugang zu den Informationen und eine adaptive Aufbereitung der Informationen, orientiert am Bedarf (MeH, Angehörige, andere Stakeholder) und den Fähigkeiten der MeH. Ein mehrstufiges Nutzungskonzept mit einem schrittweisen Zugang zur Plattform ist hier ein Schlüsselement für die Nutzung und Nutzbarkeit des Angebots (z.B. Anonymität in der ersten Phase).

Wie bereits in den Zielen erwähnt, sollten Informationen aber nur ein Teilbereich der Plattform sein. Darüber hinaus sollte die Plattform der Vernetzung und dem Austausch der Beteiligten (in erster Linie der MeH) dienen. Hierfür müssen Anwendungen gefunden werden, die niederschwellig und/oder spielerisch eine Beschäftigung mit der Applikation gewährleisten. Zudem können entsprechende Anwendungen auch eine Kontaktaufnahme mit anderen erlauben oder initiieren.

Bereits grundlegend sollte deshalb über einen Gaming-Approach als Element der Plattform nachgedacht werden. Neben der Akzeptanzsteigerung kann mit so genannten Serious Games auch ein therapeutischer bzw. kompetenzorientierter Ansatz verfolgt werden. Dies würde einen, so bisher nicht gegebenen Mehrwert für die MeH generieren und könnte weitergehend sogar einen neuen therapeutischen Ansatz bieten.



## 5.1 Lotse als initiales Konzept

Die Phasen zwei und drei des MeH Projekts und auch das LOTSE-Projekt aus der Schweiz machen sehr deutlich, dass zwar digitale Angebote eine sehr große Bedeutung haben, jedoch gleichzeitig ein konkreter Ansprechpartner nahezu unabdingbar für den Erfolg der skizzierten Plattform ist.

Gerade der Übergang von der stationären Rehabilitation zur nachgelagerten Versorgung wurde von allen Beteiligten als problematisch gesehen. Hier kann die Heranführung der Betroffenen an eine neue digitale Plattform in der Rehabilitation einen ersten Kontakt herstellen. Gleichwohl muss nachfolgend eine individuelle Unterstützung und Ansprache der MeH erfolgen. Auch wenn es gelingt, über unterschiedliche, teils auch niederschwellige Anwendungen (Gaming Approach) die Betroffenen für die Plattform zu begeistern, werden für eine weiterführende Nutzung zumeist Impulse von Seiten eines Lotsen notwendig bleiben. Mit anderen Worten, es braucht eine verantwortliche Person, die die Aktivitäten der Beteiligten in der Plattform kontrolliert, Ansprechpartner ist und Verbesserungspotenziale eruiert.

Auch die Erfahrungen in der Schweiz (Projekt LOTSE, s.o.) verweisen darauf, wie wichtig das „Nachhaken“ und die individuelle Ansprache der MeH für den Erfolg ist. Der Lotse sollte dabei für MeH, Angehörige und auch Experten oder weitere Stakeholder (Unternehmen) Ansprechpartner sein. Insbesondere in der Anfangsphase im häuslichen Umfeld, im Anschluss an die rehabilitative Versorgung, kommt dem Lotsen hier eine besondere Bedeutung zu.

Darüber hinaus kann ein solcher Ansprechpartner in der Startphase auch die laufende Evaluation des Angebots übernehmen. Gerade in der Startphase der Plattform gilt es, die reale Nutzung des Angebots und die Bedarfe der MeH bzw. deren Angehöriger aufzunehmen und das initiale Angebot entsprechend zu adjustieren oder Ausbauoptionen zu verorten. Der Lotse kann hier zeitnah Veränderungsbedarfe erkennen und Korrekturen bzw. Optimierungen prüfen.

In einem gewachsenen Angebot können diese Aufgaben teilweise automatisiert werden (bspw. über Klick- oder Nutzungsstatistiken). In der Anfangsphase wäre hier ein Ansprechpartner jedoch enorm wichtig.

Gerade in der Startphase kommt dem Lotsen eine entscheidende Bedeutung zu in der Aktivierung und Einbindung der MeH, wie auch weiterer Akteure. Die persönliche Ansprache kann helfen Schwellenängste abzubauen und die Plattform lebendig zu gestalten. Im Zeitverlauf wird hier ein wichtiger Faktor werden, wie MeH und Angehörige selbst als Multiplikatoren in der Plattform agieren und diese mitgestalten können.

## 5.2 Zugang und Nutzer

Die Patientenbefragung in Phase 2 des Projekts zeigte klar einen Handlungsbedarf in der Post-Rehabilitationsphase auf. Hier enden die etablierten Versorgungspfade. Es ergeben sich dabei für die Betroffenen –

und auch das zeigten die Fokusgruppen – sehr heterogene Hilfebedarfe und Fragestellungen.

### **Qualifiziertes Zugangskonzept**

Zielführend wäre es, gemeinsam mit Experten und MeH eine Klassifikation zu erarbeiten, die es erlaubt, die Informationsangebote und weitere Angebote der Plattform jenen Nutzern zukommen zu lassen, für die diese relevant sind. Als Basis wäre eine Unterscheidung in MeH, Angehörige und andere Stakeholder zwingend. Im Bereich der MeH wäre es zudem sinnvoll – und das zeigen auch die Expertenrunden in der dritten Projektphase – Fähigkeitsprofile für die MeH zu definieren und so ein optimales Matching der Plattformangebote zu erreichen. Nur so können die MeH das Angebot der Plattform nutzen und passende Informationen finden. Für eine solche, möglichst einfache Klassifikation wäre ein Expertenkonsens hilfreich. Eine feine Graduierung wäre dabei nicht zwingend notwendig. Die Nutzerprofile für Angehörige könnten an die der MeH angepasst werden um Informationsasymmetrien zu vermeiden.

Im ersten Schritt wäre es möglich, hier die Rehabilitationseinrichtungen bzw. Wohn- oder Werkstätten einzubinden um eine Einstufung der MeH zu erreichen. Dies könnte am Ende der Rehabilitation geschehen, so dass definierte Profile mit dem Zugang und den ersten Schritten in der Plattform gegeben wären.

Darüber hinaus wäre es sinnvoll, für die MeH, die sich im häuslichen Umfeld bewegen, Selbsttests zu entwickeln, um vorhandene Einstufungen anzupassen. Dies wird in der Anfangsphase kaum möglich sein, sollte jedoch zeitnah ins Auge gefasst werden. Evtl. wären hier zur Einstufung selbst oder im Nachgang zu einem Selbstassessment (bzw. einem durch Bezugspersonen assistierten Assessment) auch Online-Meetings mit Experten und MeH denkbar.

### **Identifikation und Anonymität**

Der Zugang zur Plattform muss einem klar definierten Personenkreis vorbehalten bleiben. Nur so sind vertrauenswürdige, interaktive Angebote denkbar. Die Akteure müssen wissen, mit wem sie sich austauschen (Betroffener, Angehörige, Experten). Aus Gründen der Akzeptanz erscheint es sinnvoll im ersten Schritt einen pseudonymisierten Zugang für MeH zu ermöglichen. Die eigene Anonymität können die Nutzer, wenn sie es möchten, schrittweise aufgeben. Eine Unterstützung für MeH in dieser Entscheidung wäre sinnvoll.

### **Adaptive Angebotsgestaltung**

Um das Angebot transparent zu gestalten, müssen Fähigkeits- oder Nutzerprofile gleichwohl aktiv sein, die für den Zugang zu bestimmten Sektionen des Angebots notwendig sind. Diese wären jedoch nicht für andere Nutzer erkennbar, sondern würden lediglich eine angepasste Angebotsstruktur erlauben. So sollten Angehörige für sie bestimmte Angebote sehen können und MeH mit stärkeren Einschränkungen bspw.

eine, auf Ihre Fähigkeiten angepasste Oberfläche bekommen (größere Schrift, Sprache statt Schrift etc.). Dies sollte bereits im ersten Schritt angedacht werden, da unmittelbare Auswirkungen der Usability auf die Akzeptanz zu erwarten sind.

Neben MeH müssen auch Angehörige und andere Stakeholder (Einrichtungen, Unternehmen etc.) einen Zugang zum Portal erhalten. Diese Zugänge sind entsprechend zu hinterlegen und damit ausschlaggebend für die Nutzbarkeit der Plattform.

### 5.3 Informationsplattform

Bereits in der zweiten Projektphase wurde sehr deutlich, dass die Betroffenen ebenso wie ihre Angehörigen nur bedingt an Informationen bspw. zu Therapie-, Wohn- oder Arbeitsangeboten kommen. Gerade hier hat eine Internetplattform große Vorteile. Informationen können von unterschiedlichen Stakeholdern einfach eingestellt und verfügbar gemacht werden.

Im Projekt kristallisierten sich folgende Bereiche als wichtig heraus:

- Medizinische Versorgung und Therapie
- Wohnen und Leben
- Arbeiten und Tagesstruktur
- Selbsthilfe und Austausch

Für die transparente Bereitstellung der Information ist es unabdingbar, dass die Informationen klar strukturiert und von den Stakeholdern (Einrichtungen, Kostenträger etc.) einfach einzustellen sind.

Zwingend ist es deshalb die strukturierte Darstellung der Informationen. Für einzelne Bereiche müssen klare Strukturen definiert werden, um sukzessive Angebotsdatenbanken zu erstellen. Idealerweise können die Einrichtungen selbst ihre Angebote editieren. Nachfolgende Abbildung soll beispielhaft Informationen zu einem Therapieangebot illustrieren, die in einer Eingabemaske erfasst werden könnten. Die eingegebenen Daten werden dann von den Einrichtungen bestätigt und vom Lotsen gegengeprüft. Im Anschluss können sie im Online-Angebot platziert werden.

Unabdingbar ist, dass alle Angebote eine Rückkopplungsmöglichkeit haben, so dass Interessierte in Kontakt treten können. Zudem sollte die Zielgruppe benannt werden (z.B. Angehörige, MeH).

#### **Nutzerorientierte Aufbereitung und Passgenauigkeit**

Wie oben bereits dargestellt, wäre es sehr wichtig, die Angebote so zu klassifizieren, dass sie passgenau präsentiert werden können. Nicht alle Angebote sind für alle MeH relevant. Eine Einstufung der Nutzer beim Zugang wäre hier im ersten Schritt eine mögliche Ordnungshilfe. Die Angebote können dann für jene Nutzer frei geschaltet werden, für die sie auch relevant sind. Dies erleichtert die Übersicht und vermeidet Frustrationen bei den

Beteiligten, da unnötige Informationen nicht an die Nutzer herangetragen werden.

### **Qualitätsgesicherte Informationen zu Therapie und Krankheitsbild**

Ziel des Informationsangebotes muss es sein, transparent über bestehende Angebote in den genannten Bereichen zu informieren bzw. fachlich medizinische Informationen verfügbar zu machen. Gerade im letzteren Punkt wurde von den Betroffenen ein deutlicher Mangel aufgezeigt, qualitätsgesicherte Informationen im Netz zu finden. Hier ließe sich mit relativ überschaubarem Aufwand ein Angebot in der Plattform integrieren.

### **Einbindung multimedialer Elemente**

Um die Informationen lebendig zu gestalten, sollten auch multimediale Elemente eingebunden werden. Therapieangebote können bspw. mit kleinen Filmen veranschaulicht oder in Interviews präsentiert werden. Gleiches gilt für Arbeits- oder tagesstrukturierende Angebote.

Auch im Bereich der Selbsthilfe sind kurze Videos denkbar. Es ist hier keine professionelle Aufbereitung notwendig. Einfache Clips würden bereits eine höhere persönliche Ansprache schaffen als rein textliche Darstellungen. Denkbar wäre es hier auch, mittels Tutorials die MeH selbst einzubinden und zu ermutigen bzw. zu befähigen, kleine multimediale Inhalte zu schaffen. Auf diese Form der Qualifikation als eigenen Inhalt der Plattform soll im Punkt Empowerment noch genauer eingegangen werden.

## **5.4 Gamification und Akzeptanz**

Hinsichtlich der Akzeptanz kommt – wie oben bereits gezeigt – dem Lotsen eine besondere Bedeutung zu. Er dient als erster Ansprechpartner und Guide in der Plattform.

Daneben gilt es aber, für die Nutzer Inhalte zu schaffen, die eine weitergehende Beschäftigung mit dem Angebot nahelegen. Es ist davon auszugehen, dass der Lotse im ersten Zugang unterstützen und auch eine erste Auseinandersetzung mit der Plattform triggern kann. Darüber hinaus können, bei gegebenen Zugangsdaten, Newsletter oder aktuelle Informationen zielgerichtet an den Nutzer herantragen und so Aufrufe und Besuche der Plattform angeregt werden.

### **Akzeptanz und aktive Nutzung**

Um jedoch die Plattform selbst initiiert zu nutzen, muss in der Folge der MeH oder der Angehörige einen Mehrwert von der Plattform haben bzw. einen Grund, diese regelmäßig zu nutzen. Gerade hier liegt die besondere Chance des Angebots. Es kann die Möglichkeit eröffnen selbst tagesstrukturierend und aktivierend zu wirken. Dabei können mit der Plattform sehr wohl auch therapeutische Ansätze verfolgt werden. Serious Games bspw. können die Betroffenen im Umgang mit der Erkrankung begleiten. Entsprechende Angebote können dabei gleichzeitig tagesstrukturierend wirken, aber

unmittelbar auch therapeutische „Nebenwirkungen“ haben, Qualifikationen vermitteln oder (berufliche) Weiterbildungen beinhalten.

### **Adaptiver Aufbau**

Sinnvoll erscheint es hier einen einfachen Einstieg zu wählen. Einfache, für die Nutzer passende Spiele können im ersten Schritt einen Ansatz bilden, MeH oder Angehörige in der Plattform zu halten. Eine Schlüsselrolle käme hier abermals dem Zugangsmanagement über Fähigkeitsprofile zu. Über die Zeit könnten neue Spielinhalte angeboten oder die Komplexität angepasst (so genannter Legacy Ansatz) werden. Soziale Interaktion als Spielelement wäre ebenfalls denkbar und könnte eine Option sein, Kontaktaufnahmen von Teilnehmern zu initiieren und Schwellenängste abzubauen.

### **Ausblick und Perspektive: Aufbau neuer integrierter Versorgungskonzepte**

Weiterführend könnten Gaming-Approaches in der Qualifikation oder therapeutischen Betreuung von MeH oder auch von Angehörigen eingesetzt werden. Grundsätzlich bietet dieser Ansatz eine Entkopplung vom unmittelbaren, personengebundenen Dienstleistungsansatz. Im Kontext des Fachkräftemangels könnten so Angebote geschaffen und aufrechterhalten werden, die wenig personalintensiv und kostengünstig in der Nutzung wären. Gleichzeitig bieten sich umfassende Möglichkeiten des Monitorings (Datentransparenz) und der adaptiven Gestaltung entsprechender Angebote.

Mittels eines solchen Angebots könnten MeH in die medizinische Versorgung in veränderter Rolle integriert werden und sich selbst auch aktiv einbringen. Im Idealfall wäre es so möglich, die Betroffenen aus der Rolle des Leistungsempfängers in die Rolle eines Prosumenten bzw. Producers zu bringen. Diese besondere Chance des skizzierten Angebots soll nachfolgend kurz aufgezeigt werden.

Die aufgezeigten Potenziale beschreiben keine zeitnah zu erreichenden Szenarien. Jedoch sollte diese Grundüberlegung in der Realisierung der Plattform als Basisorientierung einfließen, da sich hieraus für alle Beteiligten ein Mehrwert ergeben kann. Zugleich kann ein solcher einfacher Gaming Approach die Akzeptanz und Nutzung der Plattform maßgeblich beeinflussen.

## 5.5 Hilfe zur Selbsthilfe – Empowerment und Sichtbarkeit

Wie bereits beschrieben sollte die Plattform MeH wie auch Angehörigen Angebote der Selbsthilfe bekannt machen und einen Zugang zu Ansprechpartnern bieten. Dies ist im Rahmen einer Informationsplattform gut realisierbar und könnte durch ein geeignetes Zugangsmanagement noch passgenauer für die Nutzer gestaltet werden. Dabei können diese Angebote sowohl präsenzbasiert oder auch virtuell sein.

Der Austausch mit Betroffenen in der zweiten Projektphase zeigte die Potenziale virtueller Treffen auf. Wenngleich je nach Einschränkungsgrad der Betroffenen Zugangsbarrieren bestehen, sind die Chancen klar erkennbar. MeH können sich im virtuellen Raum leichter mit anderen austauschen, als

dies in aufsuchenden Settings möglich wäre. Gerade im ländlichen Raum bieten sich hier große Chancen einer Teilhabe für MeH wie für Angehörige. Für letztere ergeben sich insbesondere geringere zeitliche Aufwände und eine bessere Vereinbarung mit der eigenen Berufstätigkeit oder Familie.

### **Selbsthilfe und Unterstützung in Teilhabe**

Gleichwohl sind die Potenziale der Plattform deutlich über diese Informationsplattform hinausgehend. Vielmehr bietet es sich an, die Plattform selbst als Trainings- bzw. Qualifizierungsangebot zu nutzen. Idee sollte es sein, die MeH im Sinne eines Empowerments in eine proaktive Rolle im Versorgungskonzept zu bringen. Die Workshops der zweiten Projektphase zeigten deutlich auf, dass Eigeninitiative von Seiten der MeH und auch der Angehörigen besteht und auch der Wunsch vorhanden ist, den Umgang mit der erworbenen Einschränkung selbst zu gestalten.

Gleichzeitig wird schnell klar, dass Dienstleistungen in dieser Richtung schnell an Kostengrenzen stoßen oder bereits heute, spätestens jedoch in der Zukunft, personelle Ressourcen (Fachkräftemangel) einen Aufbau kaum möglich machen.

Hier könnten Lernumgebungen in einer gegebenen Plattform hilfreich sein und eine weitgehend autonome Rezeption von Angeboten im Bereich der Qualifizierung, Weiterbildung oder alleine Tagesstruktur erlauben. Gleichzeitig ergeben sich aus der digitalen Umgebung für die Therapie und oder die Forschung gute Transfers, da Nutzungsmuster ausgewertet und wieder in die Entwicklung eingebracht werden können.

### **Perspektivwechsel und aktive Einbindung**

Wichtig ist es, dabei die MeH und/oder Angehörige nicht als reine Konsumenten von Angeboten der Plattform zu begreifen, sondern gleichfalls als Gestalter des Angebots selbst.

Mit Etablierung der Plattform könnte bspw. ein Community-Ansatz zu einer sukzessiven Entlastung des Lotsen beitragen, indem erfahrene Nutzer (MeH, wie auch Angehörige oder Dritte) in die Rolle von Moderatoren hineinwachsen können. Wie oben aufgezeigt, können hier Anwendungen in der Plattform zu einer entsprechenden Qualifizierung der Nutzer beitragen. Das System könnte sich hier an Systeme von Consumer-Communities anlehnen, die oftmals erfahrene Teilnehmer als Co-Moderatoren einsetzen.

In der Realisierung entsprechender Ansätze käme einer differenzierten Klassifizierung der Nutzer eine entscheidende Bedeutung zu.

## **6. Schlussfolgerung und weiteres Vorgehen**

Die aufgezeigten Ergebnisse machen deutlich, dass eine hybride Lösung mit einem Lotsen und entsprechenden Angeboten ein erster Schritt wäre, Lücken im Versorgungsprozess zu überbrücken und den MeH bzw. ihren Angehörigen eine Orientierung zu geben.

Wesentliche Erfolgsfaktoren bilden in diesem Konzept der Lotse als Person und die Verankerung der der Lösung im Überleitungsmanagement. Insbesondere das Zugangskonzept, die Clusterung der Nutzer durch die Einrichtungen bzw. den Lotsen ist entscheidend für die Aufbereitung der Angebote in der Plattform. Nur mit einem gestaffelten Zugang kann eine Passung zwischen Angeboten und Bedarfen der Nutzer geschaffen werden.

Mit einer entsprechenden Plattform könnten Brücken für die bestehenden Brüche im Versorgungsprozess, insbesondere im Übergang von stationärer in ambulante Versorgung geschaffen werden. Der Aufbau einer solchen Plattform, mit entsprechendem Zugangsmanagement und die Schaffung eines Lotsen wären klare Handlungsempfehlungen, die sich aus dem Projekt ableiten.

- Lotse
- Zugangsmanagement
- Informationsplattform

Die Inhalte der Informationsplattform sollten dabei möglichst übersichtlich, (teil)standardisiert und klar strukturiert angeboten werden. Idealerweise können die Stakeholder (z.B. Einrichtungen, Therapeuten, Arbeitgeber etc.) die Inhalte über eine Eingabemaske selbst hochladen. Nach einem Gegencheck durch den Lotsen/Administrator könnten die Inhalte dann den Nutzern verfügbar gemacht werden.

Bewusst sollten multimediale Inhalte im Informationsangebot eingebunden werden (z.B. kleine Filme, Podcasts) um einen unmittelbaren Eindruck bspw. in Arbeitsplätze zu geben.

Zwingend sind allgemeine Informationen zu Kostenträgern, Servicestellen, oder gesetzlichen Regelungen einzubinden. Diese sollten den Grundstock bilden, um eine Orientierung in der Versorgungslandschaft sicher zu stellen.

Das Projekt macht jedoch auch deutlich, dass eine solche reine Digitalisierung der bestehenden Informationen oder Dienstleistungen zu kurz greift. Die Plattform würde mit digitalen und vielleicht auch multimedialen Angeboten für die Stakeholder bessere Informationen zur Verfügung stellen und ebenso eine andere Erreichbarkeit schaffen (z.B. virtuelle Selbsthilfegruppen, direkte Ansprache der Nutzer).

### **Perspektive und weiterer Forschungsbedarf**

Ein entsprechendes Informationsangebot mit einem Lotsen als persönlichem Ansprechpartner würde für MeH einen großen Gewinn bedeuten. Zudem ist eine schrittweise Umsetzung zeitnah realistisch. Gleichwohl würde sich die Plattform und die darin enthaltenen Angebote jedoch weiterhin im gegebenen Spannungsfeld bewegen, dass Angebote für die Anspruchsgruppen geschaffen werden müssten, die Kosten und Personal binden.

Entsprechend sollte, parallel zum Aufbau der Plattform die Entwicklung neuer Inhalte angedacht werden, die zugleich bindend für die Nutzergruppen wirken und zum anderen für die Nutzer einen Mehrwert bieten.

Ein Gaming-Approach, der im Bericht skizziert wurde, könnte hier eine doppelte Wirkung entfalten. In der ersten Phase könnten die spielerischen Anwendungen eine Beschäftigung mit der Plattform selbst und „serious games“ könnten eine Auseinandersetzung mit der eigenen Situation unterstützen. Im weiteren Verlauf wäre es möglich qualifizierende, ebenso wie therapienahe Inhalte zu fokussieren. Die Nutzer könnten so weitgehend autonom Inhalte nutzen. Somit müssten keine klassischen Betreuungsangebote neu geschaffen werden. Dies kann angesichts einer schwierigen Versorgung im ländlichen Raum und bei bestehendem Fachkräftemangel als spannende Perspektive gesehen werden.

Zudem könnten die Aktivitäten der Nutzer protokolliert und genutzt werden, weiter Angebote zu entwickeln oder bestehende zu optimieren. Im weiteren Sinne könnte dieser Ansatz sogar dahingehend entwickelt werden, dass es durch die Nutzung zu einer umfassenderen Einbindung der Nutzer als „Experten in eigener Sache“ in die Plattform bzw. den Versorgungsprozess käme.

### **Plattform als eigenständiges Element in neuen Versorgungsstrukturen**

Mit der Plattform könnte, bspw. mittels interaktiver Inhalte, die tagesstrukturierende und oder therapeutische Ausrichtung haben eine Brücke in bestehenden Versorgungsstrukturen geschaffen werden. Damit käme der Plattform ein originärer Nutzen zu. Sie könnte auf diese Weise allen Stakeholdern einen Mehrwert schaffen.

Das Projekt MeH MoS kann in letzterem Punkt lediglich aufzeigen, dass ein entsprechender Ansatz zukunftssträftig erscheint. Die konkrete Ausgestaltung solcher Angebote müsste gemeinsam mit Betroffenen und Einrichtungen bzw. Experten in einem Folgeprojekt erarbeitet werden.

### **Erste Schritte und unmittelbarer Nutzen**

Erste Schritte auf dem Weg zu einer Plattform für MeH sind jedoch bereits möglich. Die Position eines skizzierten Lotsen ist hierfür essenziell. Entscheidend für den Erfolg sind ein gestaffeltes Zugangssystem und die Einbindung der Plattform und der Angebote in die Rehabilitation als primärer Zugangsweg.

Bereits der Wechsel von Pull- auf Push- Information schafft eine Erreichbarkeit der MeH bzw. der Angehörigen und erleichtert damit die Kommunikation für alle Beteiligten. Dies alleine würde in der Überbrückung der festgestellten Lücken in den bestehenden Versorgungsprozessen einen sehr guten Beitrag liefern.

Im Weiteren bietet die Plattform auch das Potenzial für gänzlich neue Versorgungsformen, die eine deutlich stärkere Einbindung der Betroffenen selbst fokussieren (Gaming Approach). In Anbetracht demografischer Herausforderungen wie auch des Fachkräftemangels könnte hier eine

vollkommen neue Perspektive für alle Beteiligten geschaffen werden und die Grundlage für digitale Versorgungsszenarien gelegt werden.

Die im Projekt erarbeiteten Konzepte bieten zudem eine sehr hohe Übertragbarkeit auf andere Krankheitsbilder und Versorgungskontexte. Die Plattform wäre skalierbar und könnte, in Anlehnung an das Konzept des, in Finnland bereits realisierten Digital Health Village ein erstes Haus schaffen und den Kern für ein entsprechendes Dorf.