

Förderliche Faktoren für die Verstetigung innovativer Projekte im Bereich der medizinischen Versorgung und Pflege – Eine Fallstudienanalyse schwedischer und österreichischer Initiativen

Facilitating Factors for the Continuation of Innovative Projects in the Medical Care and Nursing Sector – A Case Study Analysis of Swedish and Austrian Initiatives

Andreas Ortner | Juliane Klöden | Alexandra Weitkamp

Zusammenfassung

In peripheren ländlichen Räumen Europas ist die Sicherung der Daseinsvorsorge eine aktuelle und dringliche Aufgabe. Im Bereich der medizinischen Versorgung und Pflege stellen innovative Projekte – vor allem im Bereich von E-Health sowie durch den Bedarf an neuen Kooperations- und Organisationsstrukturen – effiziente Angebote und Ergänzungen zu den schwindenden Möglichkeiten der Regelfinanzierung dar. Von besonderem Interesse sind dabei die Erfolgsfaktoren, die zu einer Verstetigung dieser Projekte führen. Anhand von Fallstudien aus Schweden und Österreich werden daher Erfolgsfaktoren empirisch identifiziert, mit Experten plausibilisiert sowie deren Übertragbarkeit auf ländliche Räume Deutschlands diskutiert. Digitale Produkte, die eine Loslösung der Standortbindung und die Überbrückung von Entfernungen ermöglichen, können mit Hilfe aktiver Öffentlichkeitsarbeit an Akzeptanz gewinnen. Kompetente Schlüsselpersonen in den Projekten nehmen hier eine tragende Rolle in der Kommunikation und Vernetzung mit gesellschaftlichen Akteuren ein. Zudem können gezielte Aus- und Weiterbildungsangebote dazu dienen, eine Überbrückung der sektoralen Trennung zwischen medizinischer Versorgung und Pflege anzustoßen. Die Bereitstellung ganzheitlicher Angebote, die Produkte aus der Regelfinanzierung ergänzen, rückt demnach in den Fokus. Qualifizierte Fachkräfte sowie im Ehrenamt tätige Personen können gemeinsam einen großen Beitrag zur Sicherung der Daseinsvorsorge leisten.

Schlüsselwörter: Daseinsvorsorge, Sicherung medizinischer Versorgung und Pflege, Stärkung ländlicher Räume, Deutschland

Summary

In peripheral rural areas of Europe, securing services of general interest is a current and urgent task. In the field of medical care and nursing, innovative projects – especially in the field of e-health and through new cooperation and organisational structures – represent efficient offers and supplements to the decreasing possibilities of regular funding. Of particular interest are the factors that lead to the continuation of these projects. Based on

case studies from Sweden and Austria, success factors are therefore empirically identified, plausibility checked with experts and their transferability to rural areas in Germany discussed. Digital products that enable people to break the ties that bind them to a specific location and bridge distances can gain acceptance with the help of active public relations work. Competent key persons in the projects play a leading role in communication and networking with societal actors. In addition, targeted training and further education offers can help to bridge the sectoral divide between medical care and nursing. Accordingly, the provision of comprehensive services is moving into focus. Qualified professionals and people working in an honorary capacity can together make a major contribution to securing the provision of services of general interest.

Keywords: *Services of General Interest, securing medical care and nursing, strengthening rural areas, Germany*

1 Einleitung

Die Sicherung der Daseinsvorsorge stellt dünn besiedelte und von Bevölkerungsschrumpfung betroffene Räume vor wachsende Herausforderungen. Zusätzlich führt die Zunahme des durchschnittlichen Alters der ländlichen Bevölkerung zu Veränderungen bei den Nachfragestrukturen sowie zu Problemen bei der Finanzierung von Leistungen der Daseinsvorsorge. Die Infrastrukturkosten zu deren Sicherung verringern sich allerdings kaum, sondern verteilen sich nun auf eine kleinere Bevölkerungszahl (Gothé und Ullrich 2019, S. 122). Daher wird es zunehmend herausfordernder, die notwendige soziale Infrastruktur vorzuhalten, um die gemeinwesenbezogenen Bedürfnisse der ländlichen Bevölkerung zu befriedigen. Auf lange Sicht wird dies weder der staatlichen noch privaten Seite allein gelingen (Künzel 2011, S. 149).

1.1 Herausforderungen in der medizinischen Versorgung und Pflege in ländlichen Räumen Deutschlands

Es sind vor allem Herausforderungen bei der medizinischen Versorgung und Pflege festzustellen. Aufgrund einer alternden Bevölkerung speziell in ländlichen Räumen entsteht ein höherer Pflegebedarf in Verbindung mit dem Wunsch nach einem selbstbestimmten Leben im Alter. Dies führt zu einer steigenden Nachfrage nach Leistungen aus dem Bereich der medizinischen Versorgung und Pflege (An der Heiden et al. 2012, S. 4). Betroffen sind hier der Bedarf nach häuslicher Pflege sowie die Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste. Es steigt das Bedürfnis nach besserer Pflegeberatung und -information. Die gleichzeitige Verringerung der erwerbstätigen Bevölkerung führt damit zu Defiziten in der Finanzierung der Leistungen aus dem Bereich der medizinischen Versorgung und Pflege sowie zu überlasteten kommunalen Haushalten.

Zudem weisen niedergelassene Hausärzte in ländlichen Räumen ein hohes Durchschnittsalter auf. Gleichzeitig empfinden jüngere Ärzte eine Ansiedlung in ländlichen Räumen aufgrund der höheren Arbeitsbelastung und unterdurchschnittlicher Verdienstmöglichkeiten zunehmend als unattraktiv (Winter 2020, S. 304–306). Folglich kann ein Großteil frei werdender Arztsitze in ländlichen Räumen nur schwer wiederbesetzt werden, was zu einem Allokationsproblem in der ärztlichen Versorgung zu Ungunsten der Regionen führt (Landarztproblematik) (Schade 2012, S. 1). Die weiter sinkende Anzahl von Gesundheitseinrichtungen pro Einwohner und Fläche führt zu langen Wegen, die Patienten zur Inanspruchnahme medizinischer Versorgung zurücklegen müssen. Insofern

treten in ländlichen Räumen erste Versorgungsdefizite auf (Kötter et al. 2013, S. 44), die sich auf den hausärztlichen Bereich beziehen. Die Sicherstellung einer gleichwertigen hausärztlichen Versorgung aller Bevölkerungsgruppen ist somit gefährdet (Winter 2020, S. 2). Gleiches gilt auch für die Erreichbarkeit von Apotheken und Krankenhäusern. Insgesamt existiert ein Fachkräftemangel, sowohl in der medizinischen Versorgung als auch in der Pflege, wo zudem die Anzahl der Auszubildenden im Vergleich zu anderen europäischen Ländern geringer ist.

In Tent et al. (2021, S. 96 f.) werden diese Aspekte zusammengeführt und für den Daseinsvorsorgebereich der medizinischen Versorgung und Pflege als besonders einflussnehmend auf die Ableitung förderlicher Faktoren für die Durchführbarkeit von Projekten benannt (Tab. 1).

Es werden dringend zielführende Lösungen benötigt und es bedarf der Loslösung von Standortbindungen und der Überbrückung von Entfernungen. Die Effizienz und Wirtschaftlichkeit der Leistungen müssen gesteigert sowie qualifizierte Fachkräfte ausgebildet und angeworben werden. Um den Herausforderungen der Sicherung der Daseinsvorsorge in ländlichen Räumen nach wie vor gerecht werden zu können, werden zunehmend innovative Ansätze der Daseinsvorsorge gefordert. Diese greifen oft soziale Innovationen auf, die neue Möglichkeiten zur Erreichung gesellschaftlich relevanter Ziele bereitstellen.

1.2 Innovative Ansätze in der Daseinsvorsorge aus Perspektive der Innovationsforschung

Um den Herausforderungen bei der Sicherung der medizinischen Versorgung und Pflege in ländlichen Räumen

Tab. 1: Beeinflussende Aspekte ländlicher Räume Deutschlands auf die medizinische Versorgung und Pflege (erweiterte Darstellung auf Grundlage von Tent et al. 2021, S. 96 f.)

Faktor	Aspekt	Beeinflussung des Daseinsvorsorgebereichs durch ...
Gesellschaft	Demographischer Wandel	■ steigenden Bedarf an professioneller medizinischer Versorgung und Pflege, die nicht von Angehörigen geleistet werden kann. ■ potenziell geringeren Anteil junger Menschen, die eine Berufsausbildung in der medizinischen Versorgung und Pflege anstreben und abschließen.
Wirtschaft	Berufsperspektive	■ sinkende Zahl qualifizierter Fachkräfte in ländlichen Räumen; auch durch geringen Zuzug aus größeren Zentren (Orte der Berufsausbildung). ■ Zunahme des Umfangs an nachgefragten Leistungen, die eine umfassendere Berufsqualifikation des Personals erfordern.
Politik und Verwaltung	Finanzielle Möglichkeiten	■ knapper werdende kommunale Haushalte, die sich negativ auf die Bereitstellung von Angeboten und Leistungen sowie deren Umfang auswirken. ■ zunehmende Übertragung öffentlicher Aufgaben in die Verantwortung privatwirtschaftlicher Unternehmen bzw. ehrenamtlich tätiger Personen.
Raum	Standortbindung	■ grundsätzlich große Entfernungen zu Standorten, die Angebote und Leistungen der medizinischen Versorgung und Pflege bereitstellen. ■ Zunahme von Versorgungsdefiziten, die sich insbesondere auf den hausärztlichen Bereich beziehen (Allokationsproblem).

zu begegnen, geraten vermehrt innovative Ansätze ihrer Bereitstellung in den Fokus. Mögliche Lösungsansätze liegen in der Nutzung der Telemedizin sowie einer stärkeren Verknüpfung ambulanter und stationärer Versorgung (Pelleter 2012). Um diese langfristig zu etablieren und den Bedarfen der Bevölkerung flächendeckend begegnen zu können, ist die Verstetigung von Modellansätzen und Pilotprojekten notwendig. In der internationalen Literatur existieren bereits Untersuchungen zu Faktoren für eine erfolgreiche langfristige Etablierung innovativer Ansätze. In Deutschland wurden bisher kaum Studien in diesem Bereich durchgeführt. Ein einheitliches Verständnis, welche (Erfolgs-)Faktoren die Verstetigung eines innovativen Ansatzes bewirken, besteht für den deutschen Kontext nicht. Insbesondere für ländliche Räume zeigt sich ein Forschungsdefizit (Klöden und Weitkamp 2020, S. 151).

Klöden und Weitkamp (2020) stellen das aktuelle Verständnis der Verstetigung innovativer Ansätze der Daseinsvorsorge aus der Perspektive der deutschsprachigen Debatte um soziale Innovation und Sozialunternehmen dar. Es wird aufgezeigt, dass die Betrachtung der Verstetigung innovativer Ansätze im Kontext des Innovationsprozesses die Abbildung des umfassenden Etablierungsprozesses einer sozialen Innovation ermöglicht. Jede Prozessphase (Invention, Innovation, Diffusion/Skalierung) stellt einen Schritt im Entwicklungsprozess einer Lösungsidee hin zu einem systemischen Wandel dar. Langfristig besteht das Ziel innovativer Ansätze darin, Herausforderungen bei der Sicherung der Daseinsvorsorge nachhaltig zu begegnen. Hierzu ist es wichtig, dass sich Lösungsansätze nicht nur im lokalen Entstehungskontext etablieren und verstetigen, sondern sich auch auf weitere Regionen ausbreiten. Sozialunternehmen sind dabei bedeutende Akteure sozialer Innovationen mit zunehmendem Beitrag für die Sicherung der Daseinsvorsorge in ländlichen Räumen (Klöden und Weitkamp 2020, S. 160 f.).

Zudem existieren (Erfolgs-)Faktoren, die bei der Implementierung innovativer Projekte förderlich sein können. Während der Inventionsphase liegt der Fokus auf der Entwicklung von Vorschlägen oder Ideen, die zur Lösung eines sozialen Problems beitragen können. In dieser Phase sind die Expertise des Trägers der sozialen Innovation und der Austausch in Netzwerken ergebnisfördernd. Essenziell sind darüber hinaus finanzielle Ressourcen, die den nötigen Handlungsspielraum für die Ideenentwicklung ermöglichen. In der Phase der Innovation gilt es, die entwickelte Lösung an bestehende Organisationen und Strukturen anzugliedern. Neben einer Finanzierung auf Zeit durch die öffentliche Hand stellt auch das Engagement einzelner Schlüsselakteure einen Erfolgsfaktor dar. Die Wettbewerbsfähigkeit gegenüber anderen bereits am Markt existierenden Lösungen kann erhöht werden, indem beispielsweise die Lösung simplifiziert, das Organisationsmodell weiterentwickelt, Kooperationen und Netzwerke ausgebaut oder auch motiviertes und engagiertes Personal beschäftigt werden. In der Diffusions- und Skalierungsphase ist die Mit-

wirkung der Zivilgesellschaft gefragt. Es bedarf einer externen Legitimation, einer positiven Wahrnehmung durch die Zielgruppe sowie in der breiten Öffentlichkeit. Weiter sind die Wahl der geeigneten Skalierungsstrategie sowie Managementkompetenz, beispielsweise zur Mobilisierung notwendiger Ressourcen, wichtige Faktoren des Erfolgs. Auch das Interesse politischer Entscheidungsträger ist notwendig, um mit einer sozialen Innovation einen systemischen Wandel zu initiieren (Klöden und Weitkamp 2020, S. 158–160).

Es kann nicht abschließend eingeordnet werden, ab welcher Phase im Prozess von Verstetigung eines innovativen Ansatzes gesprochen werden kann. Offen bleibt auch, ob einer der Prozessphasen ein größeres Gewicht bei der Verstetigung zukommt. In der Literatur wird hierzu keine klare Einordnung vorgenommen. Daher erscheint es zielführender, die Verstetigung innovativer Ansätze als einen ganzheitlichen Prozess zu betrachten, in dem unterschiedliche (Erfolgs-)Faktoren in den jeweiligen Phasen zum Tragen kommen. Der Erfolg des Innovationsprozesses beruht also auf deren Zusammenwirken in ihrer Gesamtheit. Die Phasen im Prozess können somit als Stufen des Verstetigungsprozesses verstanden werden (Klöden und Weitkamp 2020, S. 160 f.).

1.3 Forschungsinteresse sowie Erfahrungen in Österreich und Schweden

Ausgangspunkt der Forschung in diesem Beitrag ist die Erkenntnis, dass andere europäische Länder ganz ähnlichen Herausforderungen in der Sicherung der medizinischen Versorgung und Pflege in ländlichen Räumen gegenüberstehen und bereits verstetigte innovative Lösungsansätze für diese Problematik entwickelt haben. Um ein besseres Verständnis für die förderlichen Faktoren einer nachhaltigen Verstetigung für ländliche Räume Deutschlands zu erlangen, werden verstetigte innovative Lösungsansätze im Ausland analysiert. Mögliche Lösungsansätze sollen aus der Untersuchung in Schweden und Österreich ermittelt werden; beide Länder besitzen langjährige Erfahrungen in der Verstetigung derartiger Lösungsansätze in peripheren ländlichen Räumen.

Eine Besonderheit Schwedens liegt in der ungleichen Verteilung der etwa 10 Mio. Einwohner innerhalb des Staatsgebiets. Der Süden des Landes zeichnet sich durch eine dichtere Besiedlung und einen höheren Anteil urbaner Zentren aus, wo hingegen der Norden des Landes durch dünn besiedelte, periphere Räume geprägt ist (Grunfelder et al. 2018, S. 25–32). Insgesamt wird für Schweden bis 2030 ein Bevölkerungswachstum vorausgesagt. Dieses wird sich aber zu 80 % in den urbanen Räumen im Süden des Landes konzentrieren, während die Regionen im Norden einen Bevölkerungsrückgang erleben. Insgesamt ist von einem fortwährenden Anstieg des durchschnittlichen Alters der Bevölkerung auszugehen, wobei ein steigender Altersdurchschnitt insbesondere in den peripheren, nörd-

lichen Regionen erwartet wird (Grunfelder et al. 2018, S. 25–32). In Schweden wird der Anteil der Bevölkerung mit 65 Jahren und älter von derzeit etwa 20 % bis zum Jahr 2050 auf etwa 25 % ansteigen (Statista 2022a).

Auch Österreich steht vor ähnlichen Herausforderungen. Zurzeit leben etwa 60 % der Bevölkerung in urbanen Räumen (Statista 2022b). Insgesamt wird für Österreich ein anhaltendes Bevölkerungswachstum erwartet. Dabei wird der Anteil der 65-Jährigen und älter von etwa 19 % im Jahr 2021 auf fast 28 % im Jahr 2050 steigen (Statistik Austria 2022). Eine weitere Besonderheit Österreichs liegt in der räumlichen Struktur. Diese zeichnet sich stark durch Berglandschaften aus. Geprägt werden diese Gebiete durch eine niedrige Bevölkerungsdichte sowie eine teils erschwerte Erreichbarkeit. Insbesondere in ländlichen Räumen sind Bevölkerungsrückgänge zu verzeichnen: Vor allem bei der Altersgruppe der 18- bis 26-Jährigen zeigt sich eine negative Wanderungsbilanz, wohingegen ältere Bevölkerungsgruppen in den Regionen verbleiben (Dax et al. 2016, S. 26–28).

Sowohl Schweden als auch Österreich weisen bereits langjährige Erfahrungen in der Sicherung der medizinischen Versorgung und Pflege in peripheren ländlichen Räumen auf. Um die Effizienz der bereitgestellten Leistungen zu verbessern sowie die hohen Distanzen in diesen Regionen zu überbrücken, kommen vermehrt innovative Lösungsansätze zum Einsatz. Diese fokussieren beispielsweise auf E-Health-Anwendungen, auf die bewusste Koordination und Neustrukturierung bestehender Gesundheits- und Pflegeinfrastrukturen sowie auf die gezielte Ausbildung und Anwerbung von qualifizierten Fachkräften. Vor diesem Hintergrund werden verstetigte innovative Ansätze der medizinischen Versorgung und Pflege in Schweden und Österreich hinsichtlich der Erfolgsfaktoren für ihre dauerhafte Implementierung analysiert. Zudem werden die Erfolgsfaktoren für die Übertragung in den deutschen Kontext ermittelt. Die Zielstellung dieses Beitrags ist ein besseres Verständnis für eine erfolgreiche Verstetigung innovativer Ansätze der medizinischen Versorgung und Pflege in ländlichen Räumen Deutschlands; wohlwissend, dass es nach Tent et al. (2021, S. 96 f.) aufgrund der einflussnehmenden Aspekte (Tab. 1) keine einfache und allgemeingültige Lösung gibt.

2 Einbettung des Beitrags in die Forschung des InDaLE-Projekts

Das InDaLE-Projekt (2020–2022) steht für »Innovative Ansätze der Daseinsvorsorge in ländlichen Räumen – Lernen von Erfahrungen anderer europäischer Länder für Deutschland«. Das Forschungsprojekt adressiert innovative Ansätze und Projekte in drei Bereichen der Daseinsvorsorge, die im europäischen Ausland besondere Qualitäten aufweisen. Zusätzlich zur medizinischen Versorgung und Pflege befinden sich die nichtpolizeiliche Gefahrenabwehr

(insbesondere Feuerwehren) sowie die nachschulische Bildung im Fokus des InDaLE-Projekts. Neben Untersuchungen in Schweden und Österreich wird auch in Schottland geforscht. Damit die Ergebnisse der Arbeiten in den unterschiedlichen Daseinsvorsorgebereichen vergleichbar sind, wurde literaturbasierend ein einheitliches Verständnis zu projekttragenden Begrifflichkeiten entwickelt und angewandt.

2.1 Daseinsvorsorgebereich und der Mehrwert von Ländervergleichen

Im EU-Kontext wird von »*Services of General Interest*« gesprochen. »Dienstleistungen von allgemeinem Interesse sind Dienste, die Behörden der EU-Länder als solche einstufen und die daher mit bestimmten gemeinwirtschaftlichen Verpflichtungen verbunden sind. Sie können entweder vom Staat oder von der privaten Wirtschaft bereitgestellt werden.« (Europäische Kommission 2022). In den europäischen Staaten hat sich ein breites Spektrum an öffentlichen Dienstleistungen herausgebildet, deren Stellenwert, Governance-Strukturen und rechtliche Organisation variieren. Begrifflichkeiten, Traditionen und die Staat-Markt-Koordination weichen voneinander ab. Im Daseinsvorsorgediskurs wird regelmäßig auf »gute Praktiken« anderer Länder verwiesen. Mittlerweile liegen auch Studien zu Einzelbereichen der Daseinsvorsorge vor; beispielsweise für Großbritannien, Finnland, Schottland, Schweden oder die Schweiz.

Aufgrund der Unterschiede der erfassten Sektoren und Vielfalt an nationalen Konzepten stehen in der europäischen Diskussion die Finanzierung und Organisation der Leistungserbringung im Fokus (Waiz 2009, S. 43). Zudem zielt die EU-Politik seit einigen Jahren auf eine Angleichung der Prozesse und Strukturen in vielen Bereichen der Daseinsvorsorge unter dem Primat einer Liberalisierung ab. Dennoch existiert kein einheitliches europäisches Modell. So gilt beispielsweise Schweden zusammen mit Großbritannien als Vorreiter der Liberalisierung der öffentlichen Dienstleistungssektoren (Lippert 2009, S. 315 f.). In Österreich sind durch den Rückbau der Infrastrukturen neue, an veränderte Bedürfnisse angepasste Einrichtungen wie Kinder- und Seniorenbetreuung entstanden, die höhere Auslastungen und effizientere Strukturen aufweisen (Machold und Tamme 2009, S. 167 f.).

Im Rahmen der weiteren Ausführungen werden Projekte in Schweden und Österreich untersucht und verglichen. Der Vergleich stellt dabei den zentralen methodischen Zugang zur Ermittlung von Erkenntnissen dar. Länderübergreifende Vergleiche besitzen zudem den Mehrwert, dass der Blick ins Ausland eine Reflexion des eigenen nationalen Kontextes ermöglicht und fördert.

2.2 Verständnis zur Verstetigung von Projekten

Ein Projekt gilt als verstetigt, wenn mehrere Kriterien erfüllt werden: Ein Projekt muss sich über einen Förderzeitraum hinaus eigenständig finanziell tragen (Grant 1991, S. 3–7; Shediak-Rizkallah und Bone 1998, S. 91 f.; Wright 1999, S. 109 f.; Scheirer 2005, S. 320–322; Oino et al. 2015, S. 759 f.). Wie lang dieser Zeitraum sein muss, wird in der Literatur unterschiedlich diskutiert. Im Durchschnitt kann von einer Dauer von zwei bis fünf Jahren ausgegangen werden. Zudem gilt ein Projekt als verstetigt, wenn es in verschiedenen Bereichen eine Wirkung erzielt. Das kann inhaltlich, aber auch in Verbindung mit den individuellen staatlichen Strukturen sein oder das Projektdesign selbst betreffen (Bossert 1990, S. 1017–1022; Shediak-Rizkallah und Bone 1998, S. 104–106; Scheirer 2005, S. 322–326; Bopp et al. 2013, S. 196–198; Oino et al. 2015, S. 765 f.). Eine Verstetigung ist darüber hinaus gegeben, wenn ein Projekt die Flexibilität und Fähigkeit aufweist, trotz sich wandelnder projektinterner und externer Rahmenbedingungen eine nachgefragte Leistung anbieten zu können (Stockmann 1997, S. 1779 f.; Wiley 2007, S. 5–7).

Die Verstetigung der Projekte kann anhand förderlicher und hemmender Faktoren beurteilt werden. Diese lassen sich vier Wirkungsbereichen zuordnen (Abb. 1). Die Wahrscheinlichkeit für eine Verstetigung steigt, je mehr Wirkungskriterien erfüllt sind. Im Wirkungsbereich »Inhaltlich« bedarf es der flexiblen Umsetzung bei klarer Zielverfolgung. Im organisations-strukturellen Wirkungsbereich erweisen sich Schlüsselpersonen mit Steuerungsfunktion sowie die Einbindung in vorhandene Strukturen und Arbeitsweisen als vorteilhaft. Stakeholder sollten zudem eingebunden und Freiwillige akquiriert werden. Im

politisch-administrativen Wirkungsbereich können bestenfalls Kommunen eingebunden werden und das Projekt kann Unterstützung aus Politik und Verwaltung erfahren. Gesellschaftliche Akzeptanz ist zudem von Bedeutung. Der Wirkungsbereich Finanziell fokussiert die finanzielle Tragfähigkeit und das Erarbeiten eines nachhaltigen Finanzierungskonzepts.

Auf Grundlage der Literatur liegt diesem Beitrag folgendes Verständnis der Projektverstetigung zugrunde: »Als verstetigt gelten Projekte, Projektstrukturen oder angestoßene Veränderungen, die sich nach einem eventuellen Förderzeitraum mindestens zwei Jahre erfolgreich aufrechterhalten. Die Projektleistungen werden der Allgemeinheit weiterhin zur Verfügung gestellt und von dieser nachgefragt. Dabei kann sich die Form des Projekts dynamisch verändern und die Verstetigung in verschiedenen Wirkungsbereichen stattfinden.« (InDaLE 2023)

Innovative Lösungen können ebenfalls als verstetigt angesehen werden, wenn sich diese in der Fläche ausbreiten und insofern von anderen Regionen (oder Ländern) übernommen und erfolgreich angewendet werden. Die interkommunale Kooperation gilt als Antriebskraft und Vorteil für Verstetigung der Innovationen in der Daseinsvorsorge.

2.3 Übertragbarkeit von Projekten

Im Gegensatz zum Verstetigungsdiskurs innovativer Projekte existieren bezüglich der Übertragbarkeit keine Quellen, die sich als zentral im Kontext des Beitrags herausstellten. Allerdings beschäftigen sich andere Fachdisziplinen mit der Übertragbarkeit von Gegenständen oder

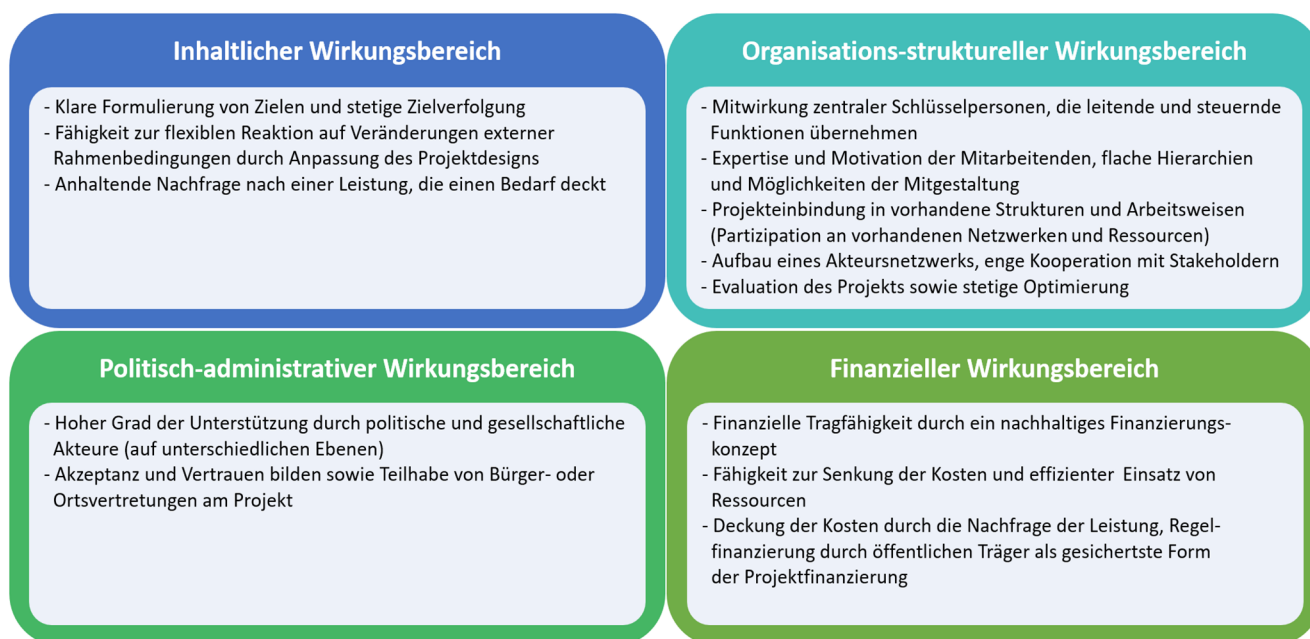


Abb. 1: Wirkungsbereiche der Verstetigung von Projekten (eigene Darstellung nach InDaLE (2023), basierend auf Bamberger und Cheema 1990, Bossert 1990, Grant 1991, Stockmann 1997, Shediak-Rizkallah und Bone 1998, Wright 1999, Adelman und Taylor 2003, Scheirer 2005, Wiley 2007, Bopp et al. 2013 sowie Oino et al. 2015)



Abb. 2: Forschungsablauf (eigene Darstellung nach Schnell et al. 2005, S. 8)

Sachverhalten. Hier ergeben sich zwei Aspekte. Zum einen werden staatliche Rahmenbedingungen hervorgehoben. Dabei werden die geographische Lage sowie politische, soziale, kulturelle und finanzielle Faktoren benannt. Neben dem Entwicklungsstand des Landes spielen auch nationale Eigenheiten eine Rolle. Die Übertragbarkeit ist umso besser möglich, je ähnlicher sich das Herkunftsland (aus dem der Gegenstand oder Sachverhalt stammt) und das Übertragungsland (in das der Gegenstand oder Sachverhalt übertragen wird) sind. Zum anderen werden projektspezifische Rahmenbedingungen diskutiert. Diese greifen Eigenschaften der ausführenden Einrichtungen sowie Merkmale der Projekthinhalte und Gegenstände auf. Demnach beruht die Fähigkeit zur Übertragbarkeit auf dem Zusammenspielen einer Vielzahl an Komponenten.

Dieser Beitrag versteht daher unter Übertragbarkeit »den gezielten Transfer bereits erprobter innovativer Konzepte und Ideen sowie Projektansätze und -aspekte von einer Region/einem Land in andere Regionen/Länder. Die Übertragbarkeit entspricht der Machbarkeit vor Ort. Die Machbarkeit hängt von verschiedenen Faktoren ab, die entweder dem Übertragungsgegenstand innewohnen oder durch regionale/nationale Rahmenbedingungen gegeben sind.« (InDaLE 2023)

Insofern wird bei der Auswahl der Fallstudien darauf geachtet, dass die innovativen Projekte in Schweden und Österreich grundsätzlich dem Verständnis der Übertragbarkeit genügen.

3 Methodik des Lernens aus dem Ausland anhand vergleichender Fallstudienanalysen

Die Identifikation von Erfolgsfaktoren verstetigter innovativer Projekte stellt einen komplexen Untersuchungsgegenstand dar. Um die relevanten Erfolgsfaktoren identifizieren und Wirkungszusammenhänge ermitteln zu können, gilt es, den Verstetigungsprozess der Projekte im Ganzen zu erfassen. Zudem entsteht durch die Anforderungen an die erfolgreiche Verstetigung und den Innovationscharakter eine eher kleine Grundgesamtheit an möglichen Projekten, die in die Untersuchungen einbezogen werden können. Aus diesen Gründen wird ein qualitatives Forschungsdesign im Rahmen einer vergleichenden Fallstudienanalyse gewählt. Dies erlaubt die Erforschung von Phänomenen in ihrem Alltagskontext. Zudem zeichnet sich die Fallstudienanalyse durch unscharfe Grenzen zwischen dem Untersuchungsgegenstand und seinem Umfeld aus. Für die Untersuchung der Verstetigung erscheinen diese Eigenschaften als zielführend, da neben den Erfolgsfaktoren im Projekt auch

die Wechselwirkungen mit externen Rahmenbedingungen und Akteuren erfasst werden können. In Anlehnung an Schnell et al. (2005, S. 7–15) gliedert sich das Vorgehen in fünf Schritte (Abb. 2).

Im ersten Schritt werden die Forschungsfragen über die Motivation formuliert und konkretisiert sowie die zu untersuchenden Einheiten im Rahmen der theoretischen Überlegungen festgelegt. Diese beziehen sich entsprechend des Erkenntnisinteresses auf innovative verstetigte Projekte der medizinischen Versorgung und Pflege in Schweden und Österreich.

3.1 Auswahl der zu untersuchenden Fälle durch eine Nutzwertanalyse

Im zweiten Schritt erfolgt die systematische Auswahl innovativer Projekte aus dem Daseinsvorsorgebereich der medizinischen Versorgung und Pflege. Dabei werden über Recherchen in Online-Projektdatenbanken nationaler und regionaler Förderinstitutionen sowie in Fachnetzwerken allgemein in Frage kommende Projekte selektiert. Für Schweden ergeben sich 52 Fallstudien und für Österreich 31 Fallstudien. Im Weiteren werden diese Projekte mit Hilfe eines Prüfschemas bewertet. Nur die Projekte, die sowohl Relevanz für den Daseinsvorsorgebereich haben als auch Innovations- und Verstetigungscharakter besitzen, werden weiter in Betracht kommen.

Anschließend erfolgt die konkrete Projektauswahl, die auf einer Nutzwertanalyse und sachlogischen Entscheidungen auf Grundlage von Sondierungsgesprächen mit Länderexperten basiert. Im Rahmen der Nutzwertanalyse werden die Projekte anhand von vier Kriterien (Tab. 2) bewertet. Diese besitzen unterschiedliche Gewichtungen, die aus Expertengesprächen basierend auf der Methodik des Paarvergleichs resultieren. Der letztendliche Nutzwert der Projekte für die Forschung in diesem Beitrag ergibt sich aus der gewichteten Summe der vier bewerteten Kriterien.

Für die Bewertung wird eine übersichtliche Dreier-skala gewählt. Eine genauere Abstufung würde nur mit umfänglicherem Wissen zu jedem Projekt zielführend sein. Es stehen die Bewertungen von »1« (Kriterium kaum erfüllt) über »2« (Kriterium zum Teil erfüllt) bis »3« (Kriterium vollständig erfüllt) zur Auswahl. Für Schweden und Österreich werden jeweils die fünf Projekte mit den höchsten Nutzwerten (Tab. 3) einer abschließenden sachlogischen Betrachtung unterzogen, um pro Land zwei Fallstudien auszuwählen, die zusammen gesehen den größten Erkenntnisgewinn für die Forschung vermuten lassen.

Tab. 2: Kriterien für die Fallstudienauswahl (eigene Darstellung nach InDaLE 2023)

Kriterium	Erläuterung
Relevanz des Projekts (Gewichtung: 38 %)	Gemessen an der Frage: In welchem Maß kann durch den Projektansatz den Herausforderungen in ländlichen Räumen Deutschlands begegnet werden? (beispielsweise durch eine effizientere Bereitstellung von Leistungen, die Überbrückung von Entfernungen, die Loslösung der Leistung vom Standort)
Innovationscharakter des Projekts (Gewichtung: 31 %)	Gemessen an der Frage: Wie neuartig ist der Projektansatz für ländliche Räume Deutschlands? (Ist dieser bereits bekannt? Wird er schon verwendet? Existieren vielleicht Pilotanwendungen mit Good-Practice-Charakter?)
Finanzierungsmodell des Projekts (Gewichtung: 19 %)	Gemessen an der Frage: Wie tragfähig und nachhaltig ist das Finanzierungsmodell des Projekts nach der ersten Förderphase? (Ist eine Anschlussförderung gegeben? Findet eine Regelfinanzierung statt? Wird das Projekt vom Markt getragen?)
Reichweite des Projekts (Gewichtung: 12 %)	Gemessen an der Frage: Inwieweit hat das Projekt seine Reichweite nach der Pilotphase erhöht? (betrifft die Ausbreitung in der Fläche als auch die Ausweitung der Zielgruppen)

Tab. 3: Übersicht zu den Projekten mit den höchsten Nutzwerten

Schweden		Österreich	
Projekt	Nutzwert	Projekt	Nutzwert
The Virtual Home Hospital Borgholm	2,8	HerzMobil Tirol	3,0
Imagine Care	2,8	CoSENSo	2,8
Idéplats.se	2,4	Green Care	2,6
IMPROVE	2,4	Ambulante geriatrische Remobilisation	2,5
MinVard	2,4	KI-JU-PALL	2,3

Als weiche Faktoren und Plausibilisierung der Bewertung wird abschließend das Feedback von Länderexperten einbezogen. Diese benennen für die Auswahl der Fallstudien zusätzliche Kriterien:

- Betrachtung der Projekte: Diversifikation unterschiedlicher Ansätze, um eine große Bandbreite an Lösungen erfassen zu können.
- Betrachtung der Zielgruppen: Diversifikation der betrachteten Zielgruppen, da die medizinische Versorgung und Pflege eine Thematik für alle Altersgruppen ist.
- Informationslage in den Medien: Ermittlung des Good-Practice-Charakters im Land und
- organisatorische Gesichtspunkte: räumliche Lage und Erreichbarkeit der Projekte für die empirischen Arbeiten.

Daneben erweist sich auch die Bereitschaft der Fallstudien, in der vorliegenden Forschung mitzuwirken, als ein grundlegendes Auswahlkriterium.

Für Schweden wird das Projekt »The Virtual Home Hospital Borgholm« durch die weichen Faktoren bestätigt. Da das Projekt »Imagine Care« eine hohe inhaltliche Ähnlich-

keit (Art der Leistung, Zielgruppe) aufweist, wird es nicht weiter in Betracht gezogen. Die Informationslage zum Projekt »Idéplats.se« ist zu gering. Es lassen sich kaum Aussagen darüber finden, ob die Plattform erfolgreich ist. Damit wird es von der weiteren Betrachtung ausgeschlossen. Das Projekt »IMPROVE« wird ebenfalls durch die weichen Faktoren bestätigt und unterscheidet sich hinsichtlich der Leistung und Zielgruppe deutlich vom Projekt »The Virtual Home Hospital Borgholm«. Damit muss das Projekt »MinVard« nicht berücksichtigt werden, da die Auswahl von zwei Projekten für Schweden vollständig ist.

Bei der Auswahl der Fallstudien in Österreich wurde das Projekt »HerzMobil Tirol« nicht in Betracht gezogen, da es eine hohe Ähnlichkeit zum Projekt »The Virtual Home Hospital Borgholm« in Schweden aufweist. Das Projekt »CoSENSo« wird durch die weichen Faktoren bestätigt, unterscheidet sich hinsichtlich der Leistung und Zielgruppe deutlich von den bereits ausgewählten Projekten. »Green Care« wird nicht als zweites Projekt in Österreich in Betracht gezogen, da die Zielgruppe der älteren, pflegebedürftigen Menschen in den bereits ausgewählten Projekten überrepräsentiert ist. Dies gilt auch für das Projekt

»Ambulante geriatrische Remobilisation«. Als letztes Projekt wird »KI-JU-PALL« durch die weichen Faktoren bestätigt. Es unterscheidet sich hinsichtlich der Leistung und Zielgruppe deutlich vom Projekt »CoNSENSo« sowie den schwedischen Projekten.

3.2 Datenerhebung, -erfassung und -analyse sowie Plausibilisierung der Erkenntnisse

Die Datenerhebung erfolgt im Rahmen qualitativer leitfadengestützter Interviews mit Vertretern der jeweiligen Projekte sowie Akteuren aus dem Projektumfeld. Zur umfassenden Einordnung der Fallstudien in die Strukturen der medizinischen Versorgung und Pflege werden zudem Experten des Daseinsvorsorgebereichs mit externem Blick auf die Projekte interviewt. Den Gesprächen vorausgehend findet eine Dokumentenanalyse zu den nationalstaatlichen Kontexten in Schweden und Österreich statt. Hierbei sind allgemeine Trends der Entwicklung sowie aktuelle Herausforderungen für den Bereich der medizinischen Versorgung und Pflege wichtige Anhaltspunkte für die Formulierung der Leitfragen. Neben Recherchen zur Raumstruktur bilden auch Informationen zum wohlfahrtstaatlichen Modell, den Governance-Strukturen und wichtigen öffentlichen und privaten Akteuren eine gute Ausgangsbasis.

Die Erarbeitung des Interviewleitfadens orientiert sich an Hellferich (2011, S. 182–185). Hierbei wird ein Pool an Fragen erstellt. Diese werden geprüft und nach Relevanz in thematische Blöcke unterteilt. Die Leitfragen werden durch Ergänzungsfragen konkretisiert. Der Interviewleitfaden wird entsprechend der drei möglichen Gruppen an Interviewpartnern (projektinterne Personen, Personen aus

dem Projektumfeld sowie Experten mit externem Blick) mit einer inhaltlichen Flexibilität versehen, damit alle Gesprächspartner bei der Beantwortung der Fragen einen Beitrag leisten können.

Die vier ausgewählten Projekte werden basierend auf dem in Abb. 3 dargestellten Untersuchungsraster hinsichtlich ihres innovativen Ansatzes, der Konzeption, den Zielen und angebotenen Leistungen analysiert. Zudem stehen die Entwicklung des Projekts, die Finanzierung und die Verstetigung über Wirkungsbereiche im Fokus der qualitativen Fallstudienanalyse. Die Durchführung der 14 Interviews in Schweden und Österreich erfolgte digital via Zoom. Eine Bereisung der Länder war aufgrund der Corona-Pandemie leider nicht möglich gewesen.

Bei der Aufbereitung und Analyse der erhobenen Daten steht die Übertragbarkeit der innovativen Ansätze und Projekte aus Schweden und Österreich auf ländliche Räume Deutschlands im Fokus. Zudem werden förderliche und hemmende Faktoren für die Adaption in den deutschen Kontext abgeleitet. Die Datenauswertung erfolgt im Rahmen einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring und Frenzel (2019, S. 633–641). Dafür werden alle Interviews vollständig transkribiert und anhand des Untersuchungsrasters deduktiv ausgewertet. Über ein Codesystem und genaue Codierregeln werden die erhobenen Daten in ein Kategoriensystem überführt, das die Ableitung von Erkenntnissen und Antworten auf die bestehenden Forschungsfragen erlaubt. Ein Expertenworkshop in Deutschland dient der Plausibilisierung der Erkenntnisse. Im gemeinsamen Gespräch mit Experten im Bereich der medizinischen Versorgung und Pflege werden die Resultate der Empirie diskutiert und in den deutschen Kontext eingeordnet.

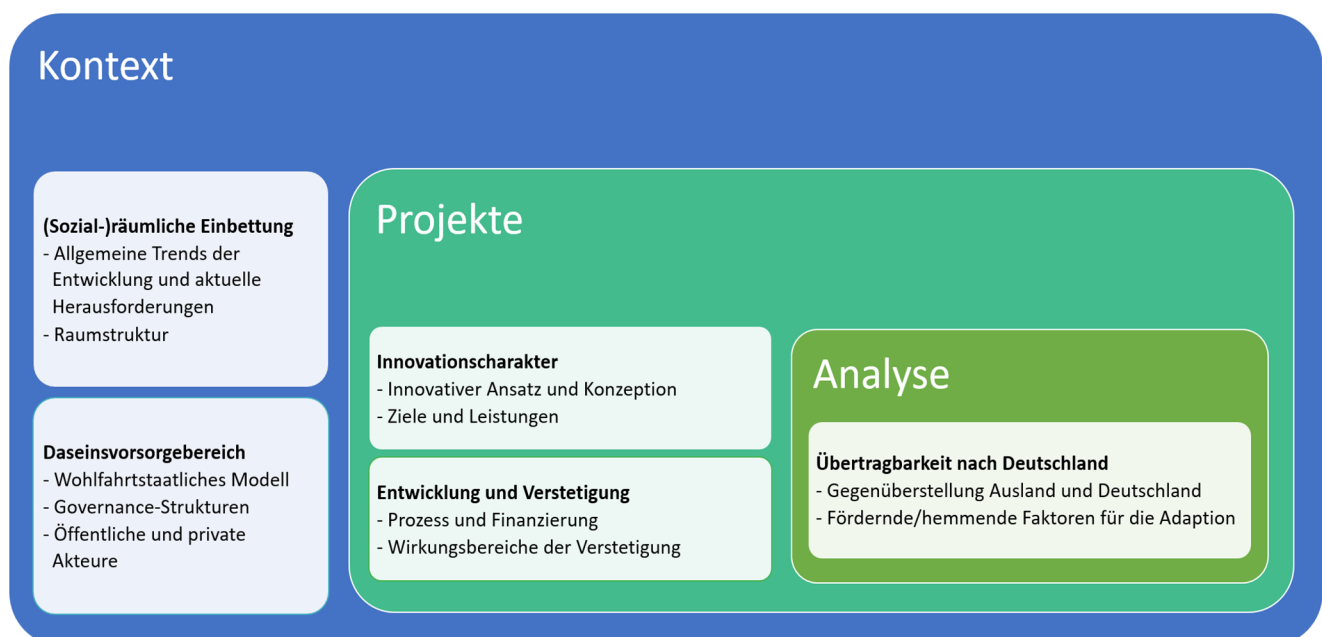


Abb. 3: Untersuchungsraster als Grundlage für die qualitativen leitfadengestützten Interviews (eigene Darstellung nach InDaLE 2023)

4 Empirische Befunde aus den Projekten in Schweden und Österreich

Nach einer kurzen Vorstellung der Projekte werden im Folgenden Konzept und Ziel sowie die unterschiedlichen Leistungen und die Projektfinanzierung dargelegt. Abschließend erfolgt eine Einschätzung darüber, welchen Beitrag das Projekt für den Daseinsvorsorgebereich leistet.

4.1 Cuviva – The Virtual Home Hospital Borgholm in Schweden (2022)

Konzept und Ziel: Das Projekt umfasst die Kooperation des schwedischen IT-Unternehmens Cuviva mit dem Virtual Home Hospital in der Kommune Borgholm. Träger der Innovation ist Cuviva, welches eine digitale Lösung zum Monitoring sowie zur Betreuung gebrechlicher älterer Menschen und chronisch kranker Patienten in ihrem eigenen Zuhause entwickelt hat. Im Rahmen der ersten Pilotphase zur Umsetzung und Etablierung der Lösung wurde 2016 das Virtual Home Hospital Borgholm gegründet. Im Fokus steht hierbei die Überwachung des Gesundheitszustands von Patienten mit Herzinsuffizienz über ein digitales Tool, welches täglich Daten an die Mitarbeitenden des Virtual Home Hospital Borgholm übermittelt. Zudem werden Videokonsultationen zwischen dem Pflegepersonal und den Patienten ermöglicht. Ziel ist es, die medizinische Versorgung und Pflege qualitativ hochwertig zu gestalten und Aufenthalte im Krankenhaus deutlich zu reduzieren.

Leistungen und Finanzierung: Cuviva liefert die digitale Lösung als Gesamtpaket: Enthalten sind die Software und Messwerkzeuge, ein Tablet und Router. Angeboten wird eine flexible und skalierbare Plattform, die volle Freiheit bei der Koordination und Kanalisierung der sich ändernden Bedürfnisse der Patienten in Bezug auf Probenahme, Überwachung, Gesundheitsplanung und Kommunikation mit dem Gesundheitspersonal und der Familie bietet. Die digitale Lösung besteht aus vier Modulen: (1) MyCuviva: Persönliche Gesundheitsplanung und individuelle Dienstleistungen, (2) Cuviva-Communication: Echtzeit-Dialog mit Gesundheitspersonal und Familie, (3) Cuviva-Home: Integriert alle Arten von Sensoren, Geräten und tragbarer Technologie und (4) Cuviva-Cloud: Sichere Speicherung und selbstlernende, integrierte Prozesse. Das Unternehmen Cuviva ist stark sozial ausgerichtet und bei den Investoren besteht eine hohe intrinsische Motivation zur Unterstützung. Nach Abschluss der Pilotphase wurde die digitale Lösung langfristig am Virtual Home Hospital Borgholm etabliert und wird auch weiterhin genutzt.

Ergebnis: Das Projekt repräsentiert eine innovative Möglichkeit, um Entfernungen zwischen Gesundheitseinrichtungen und Patienten effizient zu überbrücken. Die durch die Patienten zurückgelegten Strecken können nachweislich reduziert werden. Gleichzeitig kann durch

die engmaschige Überprüfung des Gesundheitszustands der Patienten eine Steigerung der Betreuungsqualität verzeichnet werden. Zudem wird eine Senkung der Rehospitalisierungsrate der betroffenen Patientengruppen in der Region erreicht. Mittlerweile wird die digitale Lösung auch in weiteren Gesundheitszentren und Einrichtungen im Gesundheitsbereich in Schweden etabliert. Aktuell arbeitet das IT-Unternehmen Cuviva an der Weiterentwicklung des E-Health-Produkts.

4.2 IMPROVE in Schweden (2022)

Konzept und Ziel: Das Projekt wurde von Mai 2015 bis Mai 2018 in acht Gemeinden in der schwedischen Region Västernorrland initiiert. Ziel des Projekts ist die Erprobung innovativer digitaler Lösungsansätze in der häuslichen Pflege, um pflegebedürftigen Senioren ein sicheres Leben in ihrem eigenen Zuhause zu ermöglichen. Hervorzuheben ist die interkommunale Zusammenarbeit im Rahmen des Projekts. Ein stetiger Erfahrungsaustausch zwischen den Gemeinden trägt wesentlich zur Umsetzung des innovativen Ansatzes bei. Koordiniert wird der Prozess der Implementierung und Etablierung der digitalen Lösungsansätze durch den Kommunalverbund Västernorrland, welcher für die Projektkoordination zuständig ist.

Leistungen und Finanzierung: Erprobt wird der Einsatz von Nachtfriedenskameras zur sicheren Beaufsichtigung pflegebedürftiger Senioren, die Verwendung von Windeln mit Feuchtigkeitssensoren zur Inkontinenzhilfe, schlüssellose Schlösser, welche mit Hilfe einer Smartphone App entriegelt werden, sowie die Einführung einer digitalen Pflegeplanung. Seit Projektbeginn besteht eine eigenständige Finanzierung der angebotenen Leistungen durch die Kommunen ohne Abhängigkeit zu externen Fördergeldern. Nach Abschluss des Projekts können die erprobten Lösungsansätze in einem Großteil der Kommunen fest etabliert werden und stellen heute einen regulären Bestandteil der lokalen pflegerischen Versorgung dar.

Ergebnis: Der Einsatz der Nachtfriedenskameras führt zu einem höheren Sicherheitsgefühl bei den Senioren in der Nacht. Zudem besteht zwischen den Senioren und dem Pflegepersonal ein engmaschigerer Kontakt, welcher das Sicherheitsgefühl zusätzlich stärkt. Die Senioren können länger selbstständig und unabhängig in ihrem eigenen Zuhause leben. Der Einsatz schlüsselloser Schlösser verkürzt die Wege des Pflegepersonals. Zudem ergeben sich effizientere Betreuungsmöglichkeiten durch das Pflegepersonal, da die räumlich nächste Pflegekraft die Senioren bei Bedarf direkt anfahren kann. Wegfallende Fahrtzeiten setzen Personalressourcen frei, die wiederum an anderer Stelle zum Einsatz kommen können.

4.3 CoSENSo und Pflegenahversorgung in Österreich (2022)

Konzept und Ziel: Das Projekt Pflegenahversorgung startete im Januar 2019. Der Fokus liegt auf der Schaffung eines niederschweligen Angebots zur Pflegeberatung und -koordination für Senioren und pflegebedürftige Menschen, die zu Hause leben, sowie deren Angehörige. Hierzu haben Kärntner Kommunen die Möglichkeit, in Zusammenarbeit mit dem Land Pflegekoordinatoren zu etablieren, welche die Menschen zu Hause aufsuchen. Die Aufgaben der Pflegekoordinatoren reichen von der Feststellung des Pflegebedarfes über die Hilfe bei administrativen Angelegenheiten, die Beratung zu und Koordination von Pflegeleistungen bis hin zur Organisation ehrenamtlicher Unterstützung. Es handelt sich um einen Ansatz der Etablierung der »Community Nurses« in Österreich. Die Rolle der ehrenamtlich Helfenden konzentriert sich auf den Bereich der Alltagshilfe, beispielsweise zur Organisation von Fahrtendiensten, der Erledigung von Einkäufen oder der Unterstützung im Haushalt.

Die Etablierung von »Community Nurses« wurde in Kärnten bereits im Vorläuferprojekt CoSENSo, welches als EU-Projekt von Dezember 2015 bis Dezember 2018 durchgeführt und anschließend um ein Jahr vom Land weitergetragen wurde, getestet. Im Rahmen dieses Projekts war der Aufgabenbereich der etablierten »Family Health Nurses« weiter gefasst. Neben der beratenden und koordinierenden Funktion wurden diese auch pflegerisch und medizinisch tätig, beispielsweise im Rahmen von Verbandswechseln.

Leistungen und Finanzierung: Im Projekt CoSENSo besuchte eine ausgebildete Familiengesundheitspflegekraft die Patienten zu Hause, fungierte beratend, pflegerisch sowie medizinisch. Teile des Angebots konnten sich aber nicht durchsetzen, da Zuständigkeitsüberschneidungen mit bestehenden Versorgungsdienstleistern wie Pflegediensten und niedergelassenen Ärzten bestanden und daher ineffizient waren. Im Projekt Pflegenahversorgung wird der Fokus auf ein niederschwelliges Angebot zur Pflegeberatung und -koordination zwischen Betroffenen, Familienmitgliedern, Ehrenamtlichen, Pflegediensten, Ärzten, Krankenhäusern und weiteren Gesundheitsdienstleistern gelegt. Es findet eine klare Abgrenzung zum Aufgabenspektrum des Projekts CoSENSo aufgrund des Verzichts auf pflegende und medizinische Tätigkeiten statt.

Bei der Pflegenahversorgung etablieren seit Januar 2019 Testgemeinden Pflegekoordinatoren individuell in Zusammenarbeit mit der Abteilung 5 »Gesundheit und Pflege« des Landes Kärnten. Je Testgemeinde erfolgt eine dreijährige Pilotphase, in welcher das Land (75 %) und die Gemeinde (25 %) sich die Finanzierung teilen. Nach Ablauf der Pilotphase übernehmen die Gemeinden die Finanzierung der Pflegekoordinatoren selbstständig.

Ergebnis: Ein bedeutender Aspekt der Fallstudie liegt darin, dass die Erfahrungen des Vorgängerprojektes CoSENSo in das Folgeprojekt Pflegenahversorgung einfließen konnten. Die Konzentration auf die Beratungs- und Koordinierungsfunktion stellt einen wesentlichen Faktor für den Erfolg des Projekts dar. Damit ist die Etablierung eines niederschweligen und flächendeckenden Angebots möglich, welches bestehende Strukturen effizient koordiniert und nutzt, ohne Parallelangebote zu schaffen.

4.4 KI-JU-PALL in Österreich (2022)

Konzept und Ziel: Die Kinder- und Jugend-Palliativ-Teams (KI-JU-PALL) wurden 2007 durch den gemeinnützigen Verein MOKI NÖ (Mobile Kinderkrankenpflege Niederösterreich) ins Leben gerufen. Die Initiative MOKI NÖ besteht seit 1999 und wurde 2004 zum gemeinnützigen Verein. Arbeitsschwerpunkte liegen in der pflegerischen Unterstützung und Entlastung von Familien, die ihr Kind zu Hause pflegen. Mit der Etablierung der Kinder- und Jugend-Palliativ-Teams wurde ein Angebot geschaffen, das den Fokus auf die wichtige und sensible Thematik der mobilen Palliativpflege im pädiatrischen Bereich richtet.

Ziel von KI-JU-PALL ist die Gewährleistung einer niederösterreichweiten flächendeckenden Palliativversorgung für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene im eigenen Zuhause sowie die Verbesserung der Lebensqualität der Pflegebedürftigen mit unheilbaren oder lebensbedrohlichen Erkrankungen. Die Kinder- und Jugend-Palliativ-Teams bestehen aus diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegern (Kinder- und Jugendlichenpflege), Kinderfachärzten, Sozialarbeitern und Psychologen. Alle Mitarbeitenden der Kinder- und Jugend-Palliativ-Teams werden unabhängig vom Fachbereich zusätzlich durch den interdisziplinären Universitätslehrgang »Palliative Care in der Pädiatrie« geschult, um die bestmögliche Qualifikation und Sensibilität für die Thematik zu erzielen.

Leistungen und Finanzierung: Das Leistungsangebot der Teams umfasst neben der medizinischen und pflegerischen Versorgung auch die soziale und psychologische Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen. Auch Pflegeberatung und Hilfestellungen bei der Beschaffung von Medizinprodukten werden durch die Kinder- und Jugend-Palliativ-Teams gewährleistet. Die ganzheitliche Betreuung der betroffenen Familien endet nicht mit dem Versterben des Kindes, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen. Stattdessen haben die Angehörigen die Möglichkeit, bis zu einem weiteren Jahr eine Trauerbegleitung in Anspruch zu nehmen. Die gesamte Betreuung ist für die betroffenen Familien kostenlos. Die Finanzierung ist seit 2014 geregelt und erfolgt durch den niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds (NÖGUS). Aktuell wird die Überführung in die Regelfinanzierung des Bundes angestrebt.

Ergebnis: Durch aktuell vier interdisziplinäre Kinder- und Jugend-Palliativ-Teams kann eine flächendeckende Versorgung in Niederösterreich gewährleistet werden. Durch das langjährige Bestehen und die gesicherte Finanzierung kann KI-JU-PALL als verstetigter Ansatz betrachtet werden. Zudem wird in der Debatte um medizinische Versorgung und Pflege in ländlichen Räumen häufig die ältere Bevölkerung thematisiert. Der klare Fokus auf Kinder und Jugendliche in Verbindung mit dem innovativen, ganzheitlichen und flächendeckenden Betreuungsansatz schafft einen besonderen Mehrwert für die Daseinsvorsorge.

5 Erfolgsfaktoren für die Verstetigung und Übertragbarkeit auf ländliche Räume Deutschlands

Im Zuge der strukturierten Auswertung der qualitativen Interviews können förderliche, aber auch hemmende Faktoren für die Verstetigung ermittelt werden. Diese dienen dazu, ein besseres Verständnis dafür zu entwickeln, wie eine erfolgreiche Verstetigung innovativer Ansätze der medizinischen Versorgung und Pflege in ländlichen Räumen Deutschlands erzielt werden kann.

5.1 Förderliche und hemmende Faktoren der Verstetigung

Die empirisch ermittelten Faktoren können den bereits dargestellten Wirkungsbereichen zugeordnet werden (Tab. 4). Förderliche (Erfolgs-)Faktoren unterstützen eine

Verstetigung, wo hingegen hemmende Faktoren den Prozess behindern. Insofern gilt es, hemmende Faktoren auszuschließen, indem in Projekten explizit darauf geachtet wird, dass diese vermieden werden.

Aus inhaltlicher Perspektive ist es förderlich, niederschwellige Angebote zu schaffen, die eine klare Bedarfsorientierung aufweisen. Kompetente Schlüsselpersonen kennen die Nachfrage und übernehmen wichtige Steuerungsfunktionen. Zudem sind sie aus organisationsstruktureller Sicht oftmals Triebkräfte im Management und Marketing sowie in der Kommunikation innerhalb und außerhalb des Projekts. Ferner spielen Kooperation, Austausch und Vernetzung eine wichtige Rolle bei der Verstetigung innovativer Ansätze.

Neben der Fähigkeit, das Projektdesign an die jeweils gegebenen externen Rahmenbedingungen anpassen zu können, sind auch Öffentlichkeitsarbeit im Hinblick auf Akzeptanzsteigerung sowie die Schaffung von Vertrauen wichtige Elemente erfolgreicher verstetigter Projekte. Mit der Unterstützung durch Politik und Verwaltung können leichter Strukturen aufgebaut und etabliert werden, die zu einer dauerhaften Tragfähigkeit führen. Aus wirtschaftlicher Perspektive kann eine erfolgreiche Verstetigung nur dann stattfinden, wenn die Finanzierung des Projekts geklärt ist. Optimal erfolgt diese über eine Regelfinanzierung durch die öffentliche Hand.

5.2 Erkenntnisse zur Übertragbarkeit innovativer Ansätze der medizinischen Versorgung und Pflege

In den Projekten werden unterschiedliche Lösungsansätze zur Sicherung der Daseinsvorsorge in dünn besiedelten und schrumpfenden Räumen aufgezeigt. So ist die Nutzung

Tab. 4: Faktoren der Verstetigung nach Wirkungsbereichen (in Klammern: Zahl der Projekte mit Nennung)

Wirkungsbereich	Förderliche (Erfolgs-)Faktoren	Hemmende Faktoren
Inhaltlich	■ Flache Hierarchien und Niederschwelligkeit (2) ■ Bedarfsorientierung (2) ■ Kompetente Schlüsselperson (2)	/
Organisationsstrukturell	■ Kompetente Schlüsselperson (4) ■ Kooperationen, Austausch und Vernetzung (3) ■ Marketing und Kommunikation (3) ■ Motivation (3) ■ Akzeptanzsteigerung und Schaffung von Vertrauen (2) ■ Flexibilität (Strukturen, Zeit) (2) ■ Management (2)	■ Reibung in der Zusammenarbeit (2) ■ Personalmangel (2)
Politisch-administrativ	■ Unterstützung (4) ■ Kommunikation (3)	■ Fehlende (gesetzliche) Rahmenbedingungen (2)
Finanziell	■ Vorhandene Finanzierungsquelle (3)	■ Fehlende Anreize (2) ■ Finanzielle Engpässe/Erschwernisse auf Seiten der Öffentlichen Hand (2)

von E-Health-Angeboten wie Telemedizin oder Telemonitoring etabliert. Eine Anwendung in der medizinischen Versorgung kann beispielsweise zur Kommunikation mit Ärzten sowie zur Überwachung der Gesundheitsdaten dienen. Hierbei ist es möglich, dass Patienten erforderliche Daten selbstständig zu Hause erheben. Eine Anwendung in der Pflege kann beispielsweise die direkte Kommunikation mit dem Pflegepersonal sein. Eine bessere Abstimmung kann zur Erleichterung der Betreuung pflegebedürftiger Menschen zu Hause beitragen. Mögliche Anwendungen sind die Überwachung der Patienten via Kameras, eine digitale Pflegeberatung sowie die Nutzung digitaler und elektronischer Hilfsmittel. Weiter sind Gemeindeschwestern wichtige Akteure im Daseinsvorsorgebereich. Sie stellen den Erstkontakt für Patienten sowie Pflegebedürftige dar. Zudem sind sie Ansprechpartner für Pflegeberatung sowie bei Erstdiagnosen leichter Erkrankungen. Erweiterte Kompetenzen einer Gemeindeschwester können auch die Berechtigung zur Verschreibung von Medikamenten beinhalten. Ihre Ausbildung findet häufig im Rahmen einer erweiterten Ausbildung statt und trägt hierdurch auch zur Schaffung von qualifizierten Fachkräften bei.

Durch die Nutzung und Förderung interprofessioneller Zusammenarbeit kann eine Überbrückung der sektoralen Trennung zwischen medizinischer Versorgung und Pflege erfolgen. Diese trägt zur Gewährleistung der ganzheitlichen Betreuung der Patienten bei. Die Nutzung von Schnittstellen kann hierbei sowohl die Versorgung des Patienten optimieren als auch die Wirtschaftlichkeit der Betreuung und Therapie steigern. Die engere Zusammenarbeit mit wichtigen Akteuren und Zielgruppen aus den Bereichen der medizinischen Versorgung und Pflege kann die Entwicklung neuer Lösungsansätze befördern. Die gemeinschaftliche Erarbeitung neuer Lösungsansätze sowie die Offenheit für Innovatives ermöglicht es, zielführende und problemorientierte Lösungen zu entwickeln. Wichtige Akteure, die sonst nicht unmittelbar in Prozesse einbezogen werden, erhalten die Möglichkeit zur Partizipation und Mitgestaltung.

Als Ergebnis des Expertenworkshops zur Plausibilisierung der Erkenntnisse kann resümiert werden, dass eine Übertragbarkeit der untersuchten innovativen Ansätze (zumindest in Teilen) auch auf ländliche Räume Deutschlands gegeben ist. Um den Daseinsvorsorgebereich der medizinischen Versorgung und Pflege in ländlichen Räumen Deutschlands abzusichern und auszubauen, empfiehlt es sich:

- innovative Lösungen und Produkte im Bereich E-Health wie Telemedizin und Telemonitoring einzuführen, anzuwenden und zu etablieren. Durch Loslösung der Standortbindung und Überbrückung von Entfernungen kann eine Steigerung der Effizienz und Wirtschaftlichkeit von Leistungen erzielt werden.
- innovative Lösungen und Produkte zu priorisieren, die eine Nutzung und Förderung interprofessioneller Zusammenarbeit sowie Wissensaustausch anstreben. Eine Überbrückung der sektoralen Trennung zwischen me-

dizinischer Versorgung und Pflege trägt zur Gewährleistung ganzheitlicher Angebote bei.

- medizinischem und Pflegepersonal über hochwertige und lukrative Ausbildungs- sowie Weiterbildungsangebote eine berufliche Perspektive zu bieten. Zugleich können durch Anwerbung von Fachkräften personelle Versorgungslücken geschlossen werden. Zur Aufrechterhaltung des Engagements gebührt den im Ehrenamt tätigen Menschen eine höhere Wertschätzung durch den Ausbau von Unterstützungsangeboten.

Um eine erfolgreiche Adaption und Verstetigung innovativer Projekte der medizinischen Versorgung und Pflege in ländlichen Räumen Deutschlands zu erlangen, empfiehlt es sich:

- die Erstellung neuer oder weiterentwickelter Konzepte und Produkte anzustreben, um bestehende oder zu erwartende Versorgungslücken zu schließen. Die Schaffung von Parallelangeboten zu bereits etablierten, ggf. schon finanziell tragfähigen Lösungen und Produkten gilt es zu vermeiden.
- die Fähigkeit zu besitzen, bedarfsorientierte Lösungen und Produkte flexibel an geänderte Gegebenheiten anzupassen. Zudem gilt es Schlüsselpersonen mit Fachkompetenz, Managementfähigkeiten und Durchsetzungsvermögen zu akquirieren bzw. im Projekt zu halten. Flache Hierarchien helfen in Entscheidungsprozessen sowie in der Kommunikation und Kooperation mit Beteiligten.
- der Öffentlichkeitsarbeit aus den Projekten eine Plattform zu bieten und über Lösungen und Produkte mit den Verantwortlichen und Mitarbeitenden im Projekt in Austausch zu treten. Die Kommunikation und Kooperation kann für die Partizipation genutzt werden und Akzeptanz bei der Bevölkerung schaffen.

6 Schlussfolgerungen für die medizinische Versorgung und Pflege

Anhand der ausländischen Fallstudien zeigt sich, dass innovative Projekte einen hohen Stellenwert bei der Sicherung der Daseinsvorsorge in ländlichen Räumen einnehmen. Diese zeichnen sich durch eine Zahl an förderlichen Eigenschaften aus, die grundsätzlich im Hinblick auf die Übertragbarkeit in ländlichen Räumen Deutschlands Beachtung finden sollten.

Es wird deutlich, dass insbesondere Produkten im Bereich E-Health ein hoher Innovationsgrad zugesprochen werden kann. Neben dem engmaschigeren Kontakt zu Patienten kann auch eine lückenlosere Überprüfung des körperlichen und mentalen Wohlbefindens erfolgen. Somit ergeben sich Steigerungen in der Qualität der angebotenen Leistungen. Zudem ermöglichen digitale Tools zeitlich und räumlich eine bessere Abstimmung von persönlichen Besuchen durch die medizinischen und pflegerischen Fach-

kräfte. Diese können gezielter koordiniert und eingesetzt werden. Die vorhandenen Infrastrukturen können besser genutzt und personelle sowie finanzielle Ressourcen effizienter zum Einsatz gebracht werden.

Voraussetzung für die erfolgreiche Verwendung von E-Health-Produkten ist die grundsätzliche Bereitschaft, diese auch einsetzen und nutzen zu wollen. Hierfür bedarf es der Akzeptanz bei unterschiedlichen Akteuren wie bei politischen und administrativen Entscheidungsträgern, in der breiten Öffentlichkeit und letztendlich bei den einzelnen Nutzenden (Personal wie auch Patienten und deren Angehörige). Durch gezielte Informationsangebote, offene Kommunikation und Möglichkeiten zur Mitgestaltung der Prozesse kann eine Steigerung der Akzeptanz erzielt werden. Voraussetzung dafür ist allerdings, die Digitalisierung in peripheren ländlichen Räumen voranzutreiben.

Für den sicheren Umgang mit innovativen (technischen) Lösungen benötigen sowohl die Anbieter als auch die Nutzer erweitertes Wissen. Hier können Weiterbildungsangebote, vor allem im Bereich der nachschulischen Bildung, hilfreich sein. Da zudem immer öfter ganzheitliche Angebote, bei denen es zur Überbrückung der sektoralen Trennung zwischen medizinischer Versorgung und Pflege kommt, nachgefragt werden, stellen zusätzliche Aus- und Weiterbildungsmodule wichtige Ergänzungen bei der Schulung der medizinischen und pflegerischen Fachkräfte dar. Auch im Ehrenamt tätige Personen sollten dahingehend stärkere Unterstützung und somit Wertschätzung erfahren.

Zur Sicherung der medizinischen Versorgung und Pflege in ländlichen Räumen gibt es aufgrund lokaler und regionaler Besonderheiten und deren Zusammenspiel keine allgemeingültigen Lösungen. Vielmehr muss ganz individuell auf die Herausforderungen der Kommunen im Daseinsvorsorgebereich eingegangen werden. Bestehende oder zu erwartende Versorgungslücken können jedoch leichter durch interkommunale Zusammenarbeit und überfachliche Abstimmung und Kooperation geschlossen werden. Die im Beitrag dargestellten Erfolgsfaktoren zur Verstetigung innovativer Projekte können dabei sehr hilfreich sein.

Danksagung

Der Beitrag wurde im Rahmen des InDaLE-Projekts (FKZ 2819LE009) »Innovative Ansätze zur Daseinsvorsorge in ländlichen Räumen – Lernen von Erfahrungen anderer europäischer Länder für Deutschland« erstellt. Die Förderung des Vorhabens erfolgte aus Mitteln des Bundesministeriums für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) aufgrund eines Beschlusses des deutschen Bundestages. Die Projektträgerschaft erfolgte über die Bundesanstalt für Landwirtschaft und Ernährung (BLE) im Rahmen des Bundesprogramms Ländliche Entwicklung. Die Autoren bedanken sich für die Förderung.

Literatur

- Adelman, H.S., Taylor, L. (2003): On Sustainability of Project Innovations as Systemic Change. In: *Journal of Educational and Psychological Consultation*, Vol. 14, No. 1, 1–25. DOI: 10.1207/S1532768XJEP1401_01, letzter Zugriff 2/2023.
- An der Heiden, I., Meyrahn, F., Schweitzer, M., Großmann, A., Stöver, B., Ulrich, P., Wolter, M.I. (2012): Demografischer Wandel – Auswirkungen auf die Bauwirtschaft durch steigenden Bedarf an stationären und ambulanten Altenpflegeplätzen. Abschlussbericht – Langfassung im Auftrag des Bundesministeriums für Wirtschaft und Technologie. <https://docplayer.org/5288550-Demografischer-wandel-auswirkungen-auf-die-bauwirtschaft-durch-steigenden-bedarf-an-stationaeren-und-ambulanten-altenpflegeplaetzen.html>, letzter Zugriff 2/2023.
- Bamberger, M., Cheema, S. (1990): Case Studies of Project Sustainability: Implications for Policy and Operations from Asian Experience. World Bank, Washington D.C. <https://elibrary.worldbank.org/doi/abs/10.1596/0-8213-1614-1>, letzter Zugriff 2/2023.
- Bopp, M., Saunders, R.P., Lattimore, D. (2013): The Tug-of-War: Fidelity Versus Adaptation Throughout the Health Promotion Program Life Cycle. In: *The Journal of Primary Prevention*, Vol. 34, No. 3, 193–207. DOI: 10.1007/s10935-013-0299-y, letzter Zugriff 2/2023.
- Bossert, T.J. (1990): Can they get along without us? Sustainability of donor-supported health projects in Central America and Africa. In: *Social Science & Medicine*, Vol. 30, No. 9, 1015–1023. DOI: 10.1016/0277-9536(90)90148-1.
- CoNSENSo und Pflegenahversorgung in Österreich (2022): www.ktn.gv.at/Themen-AZ/Details?thema=131&detail=986; www.alpine-space.eu/project/co-n-s-e-n-so/, letzter Zugriff 2/2023.
- Cuviva – The Virtual Home Hospital Borgholm in Schweden (2022): <https://cuviva.com/var-losning/>; www.healthcareatdistance.com/distance-spanning-solutions/distance-treatment/the-virtual-home-hospital-in-borgholm/, letzter Zugriff 2/2023.
- Dax, T., Fidlshuster, L., Fischer, M., Hiess, H., Oedl-Wieser, T., Pfefferkorn, W. (2016): Regionen mit Bevölkerungsrückgang – Experten-Impulspapier zu regional- und raumordnungspolitischen Entwicklungs- und Anpassungsstrategien – Analyse und strategische Orientierungen. Endbericht im Auftrag des Bundeskanzleramts Österreich, Wien. https://info.bml.gv.at/dam/jcr:95bad530-aece-4ca7-b265-c363cad53d0c/Experten_Impulspapier_Analyse_strategische_Orientierungen_20160718.pdf, letzter Zugriff 2/2023.
- Europäische Kommission (2022): Dienstleistungen von allgemeinem Interesse – Begriffsbestimmung. https://commission.europa.eu/topics/single-market/services-general-interest_de, letzter Zugriff 2/2023.
- Gothe, K., Ullrich, J. (2019): Die bauliche Entwicklung der Dörfer und die Perspektiven des Baubestandes. In: Nell, W., Weiland, M. (Hrsg.): *Dorf. Ein interdisziplinäres Handbuch*. J. B. Metzler Verlag, Heidelberg, 117–125.
- Grant, B. (1991): Planning for Project Continuation. A Case Study Prepared for National Title III Workshop: »America 2000 – Title III Responds to the Challenges«, Washington D.C., 30.09.–02.10.1991. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED340443.pdf>, letzter Zugriff 2/2023.
- Grunfelder, J., Rispling, L., Norlén, G. (2018): State of the Nordic Region. Theme 1: Demography. Nordic Council of Ministers. DOI: 10.6027/NORD2018-001, letzter Zugriff 2/2023.
- Hellferich, C. (2011): Die Qualität qualitativer Daten – Manual für die Durchführung qualitativer Interviews. 4. Auflage, VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden. DOI: 10.1007/978-3-531-92076-4, letzter Zugriff: 2/2023.
- IMPROVE in Schweden (2022): <http://improve.interreg-npa.eu/news/show/service-e-health-services-for-home-care-staff-in-vaesternorrland-sweden/>, letzter Zugriff 2/2023.
- InDaLE (2023): Innovative Ansätze zur Daseinsvorsorge in ländlichen Räumen – Lernen von Erfahrungen anderer europäischer Länder für Deutschland. Abschlussbericht, FKZ 2819LE009, in Erstellung.

- KI-JU-PALL in Österreich (2022): <https://n.moki.at/index.php/ki-ju-pall>, letzter Zugriff 2/2023.
- Klöden, J., Weitkamp, A. (2020): Verstetigung innovativer Ansätze der Daseinsvorsorge – Entwicklung eines Verständnisses aus der Perspektive der Innovationsforschung und des Social Entrepreneurships. In: *fub – Flächenmanagement und Bodenordnung*, Heft 4/2020, 82. Jg., 151–162.
- Kötter, T., Schuppe, T., Maringer, S. (2013): Anpassungsstrategien für die Daseinsvorsorge in ländlichen Gemeinden mit vielen Ortsteilen. Landwirtschaftliche Fakultät der Universität Bonn, Schriftenreihe des Lehr- und Forschungsschwerpunktes USL, Nr. 175. <https://hdl.handle.net/20.500.11811/1270>, letzter Zugriff 2/2023.
- Künzel, G. (2011): Social Entrepreneurship und Politik – Partnerschaftliches Handeln für sozialen Zusammenhalt? In: Jähnke, P., Christmann, G.B., Balgar, K. (Hrsg.): *Social Entrepreneurship – Perspektiven für die Raumentwicklung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 149–154. DOI: 10.1007/978-3-531-92819-7, letzter Zugriff 2/2023.
- Lippert, I. (2009): Dienstleistungen von allgemeinem Interesse in Schweden. In: Krautscheid, A. (Hrsg.): *Die Daseinsvorsorge im Spannungsfeld von europäischem Wettbewerb und Gemeinwohl. Eine sektorspezifische Betrachtung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 315–335. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-531-91841-9.pdf?pdf=button>, letzter Zugriff 2/2023.
- Machold, I., Tamme, O. (2009): Land am Rand? Soziale und wirtschaftliche Infrastrukturentwicklung im ländlichen Raum in Österreich. In: Neu, C. (Hrsg.): *Daseinsvorsorge. Eine gesellschaftswissenschaftliche Annäherung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 154–169. DOI: 10.1007/978-3-531-91876-1_9, letzter Zugriff 2/2023.
- Mayring, P., Fenzl, T. (2019): Qualitative Inhaltsanalyse. In: Baur, N., Blasius, J. (Hrsg.) *Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung*. Springer VS, Wiesbaden. DOI: 10.1007/978-3-658-21308-4_42, letzter Zugriff 2/2023.
- Oino, P.G., Towett, G., Kirui, K.K., Luvega, C. (2015): The Dilemma in Sustainability of Community-Based Projects in Kenya. In: *Global Journal of Advanced Research*. Vol. 2, Issue 4, 757–768. <http://gjar.org/publishpaper/vol2issue4/d177r18.pdf>, letzter Zugriff 2/2023.
- Pelleter, J. (2012): Organisatorische und institutionelle Herausforderungen bei der Implementierung von integrierten Versorgungskonzepten am Beispiel der Telemedizin. *Schriften zur Gesundheitsökonomie*, Nr. 20, Health Economics Research Zentrum (HERZ).
- Schade, H.-J. (2012): Neue Wege im Kampf gegen den Hausärztemangel – Gesundheitliche Versorgung für die Zukunft sichern! In: *Standpunkt – Diskussionsimpulse und Konzepte des Landesbüros Hessen der Friedrich-Ebert-Stiftung*, Nr. 2. <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/hessen/08854.pdf>, letzter Zugriff 2/2023.
- Scheirer, M.A. (2005): Is Sustainability Possible? A Review and Commentary on Empirical Studies of Program Sustainability. In: *American Journal of Evaluation*, Vol. 26, No. 3, 320–347. DOI: 10.1177/1098214005278752, letzter Zugriff 2/2023.
- Schnell, R., Hill, P.B., Esser, E. (2005): *Methoden der empirischen Sozialforschung*. 7. Auflage, R. Oldenbourg Verlag, München und Wien.
- Shediac-Rizkallah, M.C., Bone, L.R. (1998): Planning for the Sustainability of Community-based Health Programs: Conceptual Frameworks and Future Directions for Research, Practice and Policy. In: *Health Education Research*, Vol. 13, No. 1, 87–108. DOI: 10.1093/her/13.1.87.
- Statista (2022a): Internationale Länderdaten – Europa. Schweden: Altersstruktur der Bevölkerung von 1950 bis 2022 und Prognosen bis 2050. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/257587/umfrage/altersstruktur-in-schweden/>, letzter Zugriff 2/2023.
- Statista (2022b): Gesellschaft – Demographie. Urbanisierungsgrad in Österreich von 2011 bis 2021. <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/217716/umfrage/urbanisierung-in-oesterreich/>, letzter Zugriff 2/2023.
- Statistik Austria (2022): Bevölkerungsprognosen für Österreich und die Bundesländer. Vorausberechnete Bevölkerungsstruktur für Österreich 2021–2080 laut Hauptvariante. www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/demographische-prognosen/bevoelkerungsprognosen-fuer-oesterreich-und-die-bundeslaender, letzter Zugriff 2/2023.
- Stockmann, R. (1997): The Sustainability of Development Projects: An Impact Assessment of German Vocational-Training Projects in Latin America. In: *World Development*, Vol. 25, No. 11, 1767–1784. DOI: 10.1016/S0305-750X(97)00067-3, letzter Zugriff 2/2023.
- Tent, N., Brad, A., Klöden, J., Hernández, A.A., Bannert, J., Gebauer, A. (2021): A Review of the Challenges and Strategies of Delivering Services of General Interest in European Rural Areas. In: *Europa XXI*, Vol. 41, 77–105. DOI: 10.7163/Eu21.2021.41.4, letzter Zugriff 2/2023.
- Waiz, E. (2009): Daseinsvorsorge in der Europäischen Union – Etappen einer Debatte. In: Krautscheid, A. (Hrsg.): *Die Daseinsvorsorge im Spannungsfeld von europäischem Wettbewerb und Gemeinwohl. Eine sektorspezifische Betrachtung*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, 41–76. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-531-91841-9.pdf?pdf=button>, letzter Zugriff 2/2023.
- Wiley, D. (2007): On the Sustainability of Open Educational Resource Initiatives in Higher Education. Paper Commissioned by the OECD's Centre for Educational Research and Innovation (CERI) for the Project on Open Educational Resources. www.oecd.org/education/ceri/38645447.pdf, letzter Zugriff 2/2023.
- Winter, S. (2020): Faktoren der Standortwahl von Hausärzten in ländlichen Räumen – Herausforderungen an die Sicherstellung einer ambulanten medizinischen Daseinsvorsorge. Dissertation an der Technische Universität Kaiserslautern. https://kluedo.ub.rptu.de/frontdoor/deliver/index/docId/5979/file/_Dissertation+Stand+2020-05-11+Publikation.pdf, letzter Zugriff 2/2023.
- Wright, D. (1999): The Sustainability of Telemedicine Projects. In: *Journal of Telemedicine and Telecare*, Vol. 5, No. 1, 107–111. DOI: 10.1258/1357633991932784, letzter Zugriff 2/2023.

Kontakt

Dr. rer. nat. Andreas Ortner | M.Sc. Juliane Klöden | Univ.-Prof. Dr.-Ing. Alexandra Weitkamp
 Professur für Landmanagement/Chair of Land Management
 Geodätisches Institut/Geodetic Institute
 Technische Universität Dresden
 Helmholtzstraße 10, 01062 Dresden
landmanagement@tu-dresden.de

Dieser Beitrag ist auch digital verfügbar unter www.geodaesie.info.