

Gefördert durch:



Zuwendungsempfänger: Sozialwissenschaftliches Institut der EKD

Titel der Förderung: Arbeitsökonomische Bewältigung digitaler
Transformation in der Sozialwirtschaft (ABDTiS)

Projektdurchführung: Dr. Tobias Hauck und Dr. Andreas Mayert

Verfasser des Sachberichts: Dr. Andreas Mayert

Förderkennzeichen: 03FHP137C

Sachbericht zum Verwendungsnachweis

Teil II: Eingehende Darstellung

**„Das diesem Bericht zugrundeliegende Vorhaben wurde mit Mitteln des
Bundesministeriums für Forschung, Technologie und Raumfahrt unter dem
Förderkennzeichen 03FHP137C gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser
Veröffentlichung liegt beim Autor.“**

Gliederung:

I. Entwicklung der Vorhabenbeschreibung und des Vorhabens im Zeitablauf

I.1. Ursprüngliche Vorhabenbeschreibung

II.2 Weiterentwicklung der Vorhabenbeschreibung und Entwicklung des Forschungsvorhabens (März 2022 bis Januar 2024)

II.3. Weitere Modifizierung der Vorhabenbeschreibung aufgrund der Kündigung eines Projektdurchführenden und Entwicklung des Forschungsvorhabens (Januar 2024 bis September 2024)

III. Erzielte Ergebnisse

III.1. Erläuterung der Ergebnisdarstellung

III.2. Die Marktbedingungen in der Langzeitpflege

III.3. Der Personalmangel in der Langzeitpflege

III.4. Die Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege

III.5. Die Nutzung digitaler Pflegetechnologien sowie die Erwartungen und Herausforderungen einer TI-Anbindung

III.6. Hinderungsfaktoren für den Einsatz digitaler Pflegetechnologien

IV. Die wichtigsten Positionen des zahlenmäßigen Nachweises

V. Die Notwendigkeit und Angemessenheit der geleisteten Projektarbeiten

VI. Der voraussichtliche Nutzen, insbesondere die Verwertbarkeit der Ergebnisse

VII. Geplante Veröffentlichungen des Ergebnisses nach Nr. 5 der NKBF/NABF

I. Entwicklung der Vorhabenbeschreibung und des Vorhabens im Zeitablauf

I.1. Ursprüngliche Vorhabenbeschreibung

Ursprünglich war das Forschungsvorhaben „Arbeitsökonomische Bewältigung digitaler Transformation in der Sozialwirtschaft“ als empirisches Forschungsprojekt angelegt, dessen Ergebnisse zur Entwicklung eines ggf. wirtschaftlich verwertbaren Produkts beitragen sollten.

Das erste Ziel bestand in der empirischen Erfassung und Beschreibung von Auswirkungen der Digitalisierung auf Arbeitsverhältnisse und Wertschöpfungsprozesse in der Sozialwirtschaft. Das zweite Ziel bestand darin, auf Grundlage der empirischen Ergebnisse eine „Plattform“ für Organisationen und Unternehmen der Sozialwirtschaft aufzubauen. Diese sollte zum Wissenstransfer und zur Vernetzung bei der Bearbeitung von Fragestellungen der Digitalisierung beitragen. In diesem Rahmen sollte eine „Toolbox“ im Sinne der Konzeption eines Settings für die Implementierung von Digitalisierungsprozessen in Unternehmen der Sozialwirtschaft auf Basis arbeitsökonomischer Daten und Kriterien entwickelt werden.

Auch wenn in der ursprünglichen Vorhabenbeschreibung von Unternehmen der Sozialwirtschaft die Rede war, wurde hier bereits erwähnt, dass der Pflege- und Betreuungssektor besonders vom digitalen Wandel betroffen ist, sodass eine Konzentration des Forschungsvorhabens auf diesen Sektor den Vorhabendurchführenden nahegelegt wurde.

II.2 Weiterentwicklung der Vorhabenbeschreibung und Entwicklung des Forschungsvorhabens (März 2022 bis Januar 2024)

Das Forschungsvorhaben wurde schon sehr bald nach Beginn des Förderungszeitraums tatsächlich auf den Pflege- und Betreuungssektor begrenzt. Die verschiedenen Zweige der Sozialwirtschaft und die darin tätigen freigemeinnützigen und öffentlichen Träger sowie privaten Anbieter erwiesen sich in ihren strukturellen Voraussetzungen, Arbeitsprozessen, Arbeits- und Marktbedingungen sowie hinsichtlich der sich in diesem Kontext stellenden digitalen Herausforderungen und verwendbaren digitalen Technologien als zu heterogen, um die Entwicklung einer einheitlichen „Toolbox“ für Unternehmen aller Zweige der Sozialwirtschaft im oben geschilderten Sinne als realistisch erscheinen zu lassen.

Die Entscheidung für eine Konzentration auf den Pflege- und Betreuungssektor fiel aus verschiedenen Gründen:

(a) Die herausgehobene Bedeutung des Pflege- und Betreuungssektors für den deutschen Sozialstaat, die in den nächsten Jahren aufgrund des demografischen Wandels noch weiter zunehmen wird.

(b) Die Multiproblemlagen dieses Sektors. Diese bestehen zum einen in einem besonders ausgeprägten Fachkräftemangel, der sich in den nächsten Jahren aller Voraussicht nach noch verschärfen wird, und den damit eng verbundenen defizitären Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte und zunehmenden wirtschaftlichen Schwierigkeiten der Pflegeanbieter. Sie bestehen zum anderen in einer in doppelter Hinsicht ungleichzeitigen Digitalisierung von Pflegediensten und -einrichtungen, wodurch der Pflege- und Betreuungssektor im Kontext der Vorhabenbeschreibung von besonderem Interesse war. Erstens verläuft die Digitalisierung der Pflegeprozesse vieler Pflegeanbieter ungleichzeitig, weil in der weit überwiegenden Zahl der Pflegedienste und -einrichtungen der Digitalisierungsgrad des Verwaltungs-, Planungs- und Organisationsbereichs bzw. der sekundären Prozesse der

Pflege bereits relativ weit fortgeschritten ist, während der Digitalisierungsgrad der primären Pflegeprozesse, d.h. der körperbezogenen Pflegemaßnahmen und pflegerischen Betreuungsmaßnahmen, noch vergleichsweise gering ist.¹ Das Hauptproblem dieser Ungleichzeitigkeit ist, dass Pflegetechnologien von Pflegeanbietern über viele Jahre hinweg inkrementell zunächst als „Digitalisierungsinself“ angeschafft worden sind, d. h. eine Vernetzung der verschiedenen Technologien war ursprünglich nicht oder nur begrenzt vorgesehen. Damit geht einher, dass diese Technologien häufig keine gemeinsamen Schnittstellen aufweisen, sodass eine Vernetzung auch nachträglich häufig nicht möglich ist. Aus diesem Grund können innerhalb einzelner Pflegedienste und -einrichtungen die erheblichen Effizienzreserven, die in einem automatischen oder halbautomatischen Datenaustausch zwischen diesen Systemen bestehen, nicht erschlossen werden. Insbesondere bestehen zumeist keine Vernetzungsmöglichkeiten zu den zuerst angeschafften und daher oft veralteten Verwaltungssystemen der Pflegeanbieter, was einen noch größeren Nachteil nach sich zieht, der unter (c) geschildert wird. Zweitens verläuft die Digitalisierung vieler Pflegedienste und -einrichtungen ungleichzeitig, weil sich die am Markt befindlichen Pflegeanbieter sowohl hinsichtlich ihrer Größe als auch hinsichtlich ihres Alters stark unterscheiden. Sowohl jüngere als auch größere Pflegeanbieter weisen hinsichtlich der Einführungszeitpunkte von Digitalisierungstechnologien im Durchschnitt einen großen Vorsprung gegenüber älteren und kleineren Pflegeanbietern auf.

(c) Zum Zeitpunkt der Neukonzipierung des Vorhabens im Frühjahr 2022 war eine Konzentration auf den Pflege- und Betreuungssektor deshalb besonders attraktiv, weil für Pflegeanbieter zu diesem Zeitpunkt eine Verpflichtung bestand, sich bis spätestens zum 1. Januar 2024 an die Telematikinfrastruktur (TI) anzubinden. Mithilfe der TI können die verschiedenen Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen im Rahmen eines geschlossenen Netzes sektorenübergreifend standardisierte medizinische und pflegebezogene Informationen austauschen. Zudem ermöglicht eine TI-Anbindung eine digitale Abrechnung erbrachter Leistungen mit Kostenträgern und eine Digitalisierung des Medikamenten- und Verordnungsmanagements. Eine Anbindung an die TI ist für Pflegeanbieter deshalb besonders vorteilhaft, weil sie zum Teil mit 100 oder mehr Gesundheitsdienstleistern und Kostenträgern in Kontakt stehen und die Kommunikation mit diesen Akteuren und Institutionen zurzeit noch sehr häufig über das Telefon, das Faxgerät oder die Post stattfindet. Damit eine TI-Anbindung mit einem tatsächlichen Mehrwert verbunden ist, müssen Pflegeanbieter allerdings zwei technologische Voraussetzungen erfüllen: Erstens müssen sie über ein Primärsystem² verfügen, das eine Schnittstelle zur TI aufweist. Dieses erlaubt aber zunächst nur den Zugang zur TI und die Nutzung der „Kommunikation im Medizinwesen“ (KIM), einem verschlüsselten E-Mail-Dienst. Um die TI bzw. ihre Dienste und Anwendungen vollständig nutzen zu können, sodass standardisierte medizinische und pflegerische Informationen friktionsfrei zwischen Pflegeanbietern und Gesundheitsdienstleistern ausgetauscht werden können, sollten zusätzlich alle relevanten digitalen Pflegetechnologien, die bei einem Pflegeanbieter zum Einsatz kommen, mit dem Primärsystem verbunden sein. Genau hierin liegt der unter (b) erwähnte Nachteil, dass eine

¹ Der geringe Digitalisierungsgrad der primären Pflegeprozesse scheint auf den ersten Blick selbstverständlich zu sein, denn viele Pflegeverrichtungen sind als personennahe Dienstleistungen nicht digitalisierbar. Es werden jedoch auch im Bereich der primären Pflegeprozesse zunehmend digitale Technologien verwendet, z. B. die digitale Pflegeanamnese, Pflegeplanung und -dokumentation oder die digitale Wunddokumentation.

² Primärsysteme sind die Hauptverwaltungssysteme von Gesundheitsdienstleistern, z. B. die Praxisverwaltungssysteme der Ärztinnen und Ärzte (PVS) oder die Krankenhausinformationssysteme (KIS).

solche Vernetzung oft aufgrund eines veralteten Verwaltungssystems nicht möglich ist. Oftmals liegt bei Pflegeanbietern noch nicht einmal ein zentrales Verwaltungssystem vor. Die TI-Pflichtanbindung während der Laufzeit des Vorhabens bot in dieser Hinsicht die einmalige Chance, die Durchführung einer identischen Digitalisierungsmaßnahme in Pflegediensten und -einrichtungen zu beobachten, die hinsichtlich ihres Digitalisierungsgrades und weiterer struktureller Bedingungen große Unterschiede aufweisen.

Schwerpunkt des empirischen Teils des Forschungsvorhabens sollte daher die Befragung von Pflegeeinrichtungen und -diensten, die eine Umsetzung der Pflichtenbindung an die TI zum zunächst geltenden Pflichtenbindungszeitpunkt, d. h. bis spätestens zum 1. Januar 2024, fest eingeplant hatten, sein. Zu diesem Zweck sollten Leitende von Pflegeeinrichtungen und -diensten unter Verwendung leitfadengestützter Interviews sowie Pflegekräfte unter Verwendung leitfadengestützter Fokusgruppenbefragungen zunächst drei bis sechs Monate vor Anbindung an die TI („Präphase“) und dann noch einmal drei bis sechs Monate nach Anbindung an die TI („Postphase“) befragt werden. Geplant war, die gesammelten Erfahrungen der TI-Anbindung später als Grundlage für die zu entwickelnde Toolbox zu nutzen. Ziel war es, vier ambulante Pflegedienste und zwei stationäre Pflegeeinrichtungen unterschiedlicher Größe zur Mitwirkung an einer Studie dieses Designs zu gewinnen. Geplant waren somit insgesamt 12 leitfadengestützte Interviews mit Leitenden und 12 Fokusgruppenbefragungen mit Pflegekräften der teilnehmenden Pflegedienste und -einrichtungen.

Da davon auszugehen war, dass sich die meisten Pflegeanbieter erst im Laufe des Jahres 2023 an die TI anbinden werden und zunächst Pflegeanbieter dafür gewonnen werden mussten, sich am Forschungsvorhaben zu beteiligen, wurde für die Jahre 2022/2023 folgendes Vorgehen geplant und bis zum Sommer 2023 entsprechend den Planungen und des dafür vorgesehenen Zeitplans umgesetzt:

Im Jahr 2022 wurde eine umfangreiche Analyse der vorhandenen Literatur zur Digitalisierung in der Langzeitpflege durchgeführt, aus der – neben vielen anderen Dingen – Forschungsfragen der Studie und Kriterien für die Implementierung der TI abgeleitet wurden. Zweitens wurden Pflegeanbieter kontaktiert und auf Grundlage einer Skizzierung des Forschungsvorhabens um eine Teilnahme am Projekt gebeten. Drittens wurden auf Grundlage der Forschungsfragen erste Entwürfe für Interviewleitfäden und Gesprächsleitfäden für Fokusgruppengespräche entwickelt.

Anfang 2023 wurden die Interviewleitfäden und die Gesprächsleitfäden der Fokusgruppenbefragungen für die „Präphase“ fertiggestellt. Bis dahin hatten vier mittelgroße ambulante Pflegedienste und eine ebenfalls mittelgroße stationäre Pflegeeinrichtung ihre Teilnahme an der Studie zugesagt. Mit einer großen stationären Pflegeeinrichtung waren sondierende Gespräche geplant. Leider konnte das Ziel, auch einen kleinen Pflegeanbieter zu akquirieren, nicht erreicht werden. Zusätzlich wurde der Kontakt mit weiteren Pflegeanbietern als mögliche „Ersatzteilnehmende“ aufrechterhalten. Im Jahr 2023 sollte, je nach Anbindungstermin der Pflegedienste und -einrichtungen an die TI, über das Jahr verteilt mit der „Präphase“ begonnen werden und die ersten sechs Interviews mit Leitenden sowie die ersten sechs Fokusgruppengespräche mit Pflegekräften durchgeführt werden. Das erste Interview und die erste Fokusgruppenbefragung fanden im März 2023 statt.

Die Umsetzung der geplanten Befragungen von Leitenden und Pflegekräften der (zunächst) teilnehmenden Pflegeanbieter konnte jedoch im Laufe des Jahres 2023 nicht wie geplant fortgesetzt werden. Denn mit Inkrafttreten des Pflegeunterstützungs- und -

entlastungsgesetzes im Juli 2023 wurde die Pflichtanbindung von Pflegediensten und -einrichtungen an die TI, die keine Leistungen nach dem SGB V erbringen, auf den 1. Juli 2025 verschoben. Da die meisten ambulanten Pflegedienste und -einrichtungen auch Leistungen der Krankenpflege erbringen³ und das erste Interview bzw. die erste Fokusgruppenbefragung im März 2023 mit Leitenden und Pflegekräften einer stationären Einrichtung durchgeführt worden waren, die auch weiterhin eine TI-Anbindung im Jahr 2023 durchführen wollte, schien die ursprüngliche Planung noch durchführbar. Doch die nun beginnende, monatelange Diskussion darüber, ob die Pflichtanbindung von Einrichtungen an die TI, die auch Leistungen nach dem SGB V erbringen, ebenfalls auf den 1. Juli 2025 verschoben wird, verunsicherte die teilnehmenden Pflegedienste und führte dazu, dass sie ihre Pläne zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur durchgehend ins Jahr 2025 verschoben. Das galt auch für die große stationäre Einrichtung, mit der bereits Sondierungsgespräche geführt worden waren. Die allgemeine Erwartung war, dass die Pflichtanbindung für alle Dienste und Einrichtungen verschoben wird, was sich letztlich auch bewahrheitete.⁴ Weil der für das Forschungsvorhaben zur Verfügung stehende Zeitraum im März 2025 endete, war eine Durchführung der Studie nach der bis dahin vorgesehenen Planung nicht mehr möglich.

Da bereits das erste Einzelinterview und die erste Fokusgruppenbefragung durchgeführt worden waren und das Forschungsinteresse grundsätzlich das gleiche blieb, sollte vom ursprünglichen Studiendesign jedoch nicht völlig abgewichen werden. Stattdessen wurde das Studiendesign folgendermaßen verändert:

Einzelinterviews und Fokusgruppenbefragungen sollten in den teilnehmenden Pflegediensten und -einrichtungen nur einmalig durchgeführt werden. Die aus der Literaturanalyse abgeleiteten Forschungsfragen und die Interview- bzw. Gesprächsleitfäden der vormaligen „Präphase“ waren auch für eine einmalige Befragung anwendbar, denn trotz des verschobenen TI-Anschlusses der Pflegeanbieter waren ihre Erwartungen an die TI-Anbindung und die Herausforderungen, die sie damit verbanden, neben anderen damit zusammenhängenden Themen, weiterhin interessant. Im Oktober 2023 wurde die Studie mit einem weiteren Interview und einer weiteren Fokusgruppenbefragung fortgesetzt.

Doch auch das veränderte Studiendesign stieß auf Schwierigkeiten, weil ein ambulanter Pflegedienst sowie alle Ersatzkandidaten nach der veränderten Lage nicht mehr zur Teilnahme am Forschungsvorhaben bereit waren. Um dennoch genügend Daten sammeln zu können, wurde das Projektdesign nochmals geändert. Es wurden zwei bis drei zusätzliche Pflegeanbieter gesucht, deren Digitalisierungsgrad bereits in Richtung „voll digitalisiert“ tendiert und die idealerweise auch bereits an die Telematikinfrastruktur angebunden sind. Die Befragung sollte dazu dienen, die Organisation und Leistungserbringung von Pflegeanbietern mit einer vollständig vorhandenen digitalen Infrastruktur mit den anderen befragten Pflegeanbietern zu vergleichen, die in diesem Bereich noch einen Rückstand aufwiesen. Zum anderen sollte untersucht werden, ob die Anbindung von Pflegeanbietern mit hohem Digitalisierungsgrad an die TI zu diesem Zeitpunkt bereits mit einem Mehrwert

³ 14.831 bzw. 96,5 Prozent der 15.376 ambulanten Pflegedienste erbringen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach dem SGB V, vgl. Destatis (2022): Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse, Tabelle 2.1.

⁴ Durch Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens, das erst im Dezember 2023 im Bundestag und im Februar 2024 im Bundesrat verabschiedet wurde und im März 2024, also fast drei Monate nach dem eigentlichen Fristende der Pflichtanbindung an die Telematikinfrastruktur, in Kraft getreten ist.

verbunden war oder ob Pflegeanbieter auch bei Erfüllung aller technischen Voraussetzungen weiterhin vor Problemen standen, die Vorteile einer sektorübergreifenden Kommunikation im Gesundheitssystem tatsächlich nutzen zu können. Im Herbst 2023 konnte zunächst ein solcher Pflegedienst für eine Teilnahme an der Studie gewonnen werden und es wurde intensiv nach ein bis zwei weiteren Pflegeanbietern gesucht, deren Digitalisierungsgrad sehr hoch ist. Zusätzlich wurde im Dezember 2023 ein weiteres Einzelinterview durchgeführt, eine am gleichen Tag geplante Fokusgruppenbefragung scheiterte an akuten Personalengpässen des befragten Pflegedienstes.

II.3. Weitere Modifizierung der Vorhabenbeschreibung aufgrund der Kündigung eines Projektdurchführenden und Entwicklung des Forschungsvorhabens (Januar 2024 bis September 2024)

Die meisten der für 2024 geplanten Befragungen sowie die Suche nach ein bis zwei weiteren kooperierenden Pflegeanbietern mit sehr hohem Digitalisierungsgrad mussten im Januar 2024 gestoppt werden, weil einer der beiden Projektdurchführenden seine Stelle am Sozialwissenschaftlichen Institut der EKD kündigte. Weil die Forschungsförderung an die Beschäftigung dieses Projektdurchführenden gekoppelt war, wurde die Projektförderung ein Jahr früher als geplant im März 2024 beendet und die Frist für die Zusendung des Sachberichts an den Förderungsträger auf den September 2024 verkürzt. Das letzte Interview mit der Leitungskraft eines Pflegedienstes fand im Januar 2024 statt. Letztlich konnten für die Studie vier Interviews mit sechs Leitenden⁵ und zwei Fokusgruppenbefragungen mit 10 Pflegekräften in 4 Einrichtungen durchgeführt werden.

Mit Zustimmung des Zuwendungsgebers wurde beschlossen, die im Laufe des Forschungsvorhabens erzielten Ergebnisse im Sinne einer weiteren Modifizierung des Vorhabenziels im Laufe des Jahres 2024 zu publizieren. Eine solche Publikation ist als Langfassung in Form eines Buches (160 bis 180 Seiten, Publikation vermutlich durch die Nomos Verlagsgesellschaft) mit dem Titel „Bedeutung und Herausforderungen des Einbezugs ambulanter und stationärer Pflegeanbieter in die digitale Gesundheitsökonomie“ für das vierte Quartal 2024 geplant. Zusätzlich ist eine weitere Publikation in Form einer kurzen Ergebnisdarstellung im Rahmen eines Veröffentlichungsformats des Sozialwissenschaftlichen Instituts der EKD (ca. 16 Seiten) für das vierte Quartal 2024 geplant. Die Entwicklung einer „Toolbox“ im Sinne der Konzeption eines Settings für die Implementierung von Digitalisierungsprozessen wurde aus dem Forschungsvorhaben gestrichen.

Die im nächsten Abschnitt aufgeführten Ergebnisse stammen aus der Langfassung der Studie. Durch die Kündigung eines Projektdurchführenden, wurden die geplanten Publikationen, ebenso wie dieser Sachbericht, allein vom übriggebliebenen Forschungsdurchführenden verfasst. Selbstverständlich waren beide Forschungsdurchführenden aber an allen Vorarbeiten beteiligt.

Methodisch erfolgte die Auswertung der empirischen Daten aus den Interviews und Fokusgruppenbefragungen anhand der Qualitativen Inhaltsanalyse.

⁵ Bei zwei Pflegeanbietern wurden zwei Leitende befragt.

III. Erzielte Ergebnisse

III.1. Erläuterung der Ergebnisdarstellung

Die Ergebnisse werden wie folgt dargestellt: Zunächst werden die wichtigsten Ergebnisse aus der Literaturanalyse vorgestellt. Um den Umfang des Sachberichts nicht zu sprengen, wird dabei auf Literaturnachweise verzichtet. Sie finden sich selbstverständlich in der Langfassung der Studie.⁶ Nach einer kurzen Begründung der Bedeutung dieser Ergebnisse für das Forschungsvorhaben folgt eine Beantwortung der aus der Literaturanalyse abgeleiteten Forschungsfragen anhand einer qualitativen Inhaltsanalyse der Interviews und Fokusgruppenbefragungen.

III.2. Die Marktbedingungen in der Langzeitpflege

(a) Ergebnisse der Literaturanalyse

In den letzten Jahren hat sich nicht nur die Zahl der Pflegeempfangenden sehr dynamisch entwickelt, sondern auch die Zahl der Pflegeanbieter und Pflegekräfte. Auch die Marktstruktur hat sich deutlich gewandelt. Während die meisten Pflegeempfangenden von An- und Zugehörigen gepflegt werden, verschob sich die bei Pflegeempfangenden, die professionelle Pflegeangebote in Anspruch nehmen, dominante Versorgungsform mit hohem Tempo von stationär zu ambulant. Ein Grund hierfür ist das neue Begutachtungsassessment, das zu einer starken Zunahme von zu pflegenden Personen mit den Pflegegraden 1 und 2 geführt hat. Diese Pflegeempfangenden nutzen, falls sie überhaupt professionelle Pflegeanbieter in Anspruch nehmen, ganz überwiegend ambulante Pflegedienste. Ein weiterer Grund sind die hohen Zuzahlungen, die Pflegeempfangende bei der Inanspruchnahme stationärer Pflegeeinrichtungen leisten müssen. In der Folge verschieben zu pflegende Personen einen Umzug in eine Pflegeeinrichtung, solange es ohne große Einschränkungen der Pflegequalität möglich ist. In stationären Pflegeeinrichtungen nimmt daher der Anteil pflegeintensiver Schwerstpflegebedürftiger zu.

Das dynamische Wachstum der Zahl der Pflegeanbieter stößt mittlerweile aber an Kapazitätsgrenzen, die ganz hauptsächlich vom Personalmangel in der Pflege verursacht werden. Hierdurch entwickelt sich eine schwer zu durchbrechende Negativdynamik. Aufgrund des Personalmangels in der Langzeitpflege, müssen immer mehr Personen, die einen Pflegedienst oder eine Pflegeeinrichtung in Anspruch nehmen wollen, aufgrund der erreichten Kapazitätsgrenzen abgewiesen werden und/oder lange Wartezeiten auf einen Pflegeplatz in Kauf nehmen. Für Pflegeanbieter ist die Abweisung von Pflegeempfangenden mit signifikanten wirtschaftlichen Einbußen verbunden, während vorhandene Pflegekräfte bis an ihre Belastungsgrenze arbeiten müssen, um Personalengpässe auszugleichen. Die hiermit verbundenen Arbeitsbedingungen führen wiederum dazu, dass Pflegekräfte den Beruf verlassen, nur in Teilzeit tätig sein wollen oder erkranken. Zudem führen die schlechten Arbeitsbedingungen zu einem (weiteren) Rückgang der Attraktivität des Pflegeberufs, was zu weniger Berufseintritten führt. Hierdurch verschärft sich der Personalmangel und der Negativkreislauf beginnt erneut.

Zu dieser ohnehin besorgniserregenden Entwicklung tritt hinzu, dass aufgrund des demografischen Wandels die Zahl der Pflegeempfangenden, die einen Pflegeanbieter nutzen wollen, noch erheblich zunehmen wird, während zugleich viele Pflegekräfte das gesetzliche

⁶ Sollte der Zuwendungsgeber bereits zum jetzigen Zeitpunkt die Literaturanalyse mit allen Literaturnachweisen benötigen, können ihm die entsprechenden Kapitel zugesandt werden.

Ruhestandsalter erreichen werden. Es ist daher mit einer Verschärfung der vorhandenen Probleme zu rechnen.

(b) Bedeutung für die Studie

Wir haben davon abgesehen, Pflegedienste und -einrichtungen direkt nach ihrer wirtschaftlichen Situation zu befragen. Grund dafür war, dass wir erwarteten, dass Pflegeanbieter, ebenso wie Betriebe in anderen Wirtschaftssektoren, ungern Auskunft über ihre wirtschaftliche Situation geben. Gefragt wurde allerdings nach den Wettbewerbs- und Marktbedingungen in der Langzeitpflege. Aus ökonomischer Sicht führt eine geringe Wettbewerbsintensität um „Kunden“ dazu, dass auch die Bereitschaft zu Investitionen in effizienzsteigernde Technologien gering ist.

F1: Inwieweit stehen Pflegeanbieter im Bereich der Langzeitpflege vor dem Hintergrund einer Überschussnachfrage nach professionellen Pflegeleistungen und zunehmenden Personalengpässen der Pflegeanbieter überhaupt noch in Konkurrenz zueinander?

(c) Ergebnisse der Interviews und Fokusgruppenbefragungen

Dass es zwischen Pflegeanbietern aktuell noch eine Konkurrenz um Kunden bzw. zu pflegende Personen gibt, wird von den befragten Pflegeanbietern entweder explizit verneint oder spielt in ihren Überlegungen keine Rolle. Für den nicht vorhandenen Wettbewerb um „Kunden“ werden zwei Gründe genannt: Zum einen die Überschussnachfrage nach Pflegeplätzen bzw. Pflegediensten („ (...) *es gibt so viele Menschen, die Hilfe brauchen und von daher ist es so, dass (...) man irgendwie die Menschen abholen muss in der Situation.*“), zum anderen die Tatsache, dass Pflegeempfangende nur selten einen einmal gefundenen Pflegeanbieter wechseln („*Die meisten Klienten, die wir haben, die bleiben auch. Also, wer einmal bei einem ambulanten Dienst ist, da muss der ambulante Dienst schon gar nicht auf die Wünsche eingegangen sein, manchmal kann man es auch nicht. Aber im Normalfall wechselt kaum jemand.*“). Dass Pflegeempfangende selten einen einmal gefundenen Pflegeanbieter wechseln, liegt zum einen sicher daran, dass sich mit der Zeit ein Vertrauensverhältnis zu den Pflegekräften aufbaut. Ein zweiter Grund dürfte aber auch sein, dass es schwierig ist, überhaupt einen anderen aufnahmebereiten Pflegedienst oder eine Pflegeeinrichtung zu finden. Denn zum Teil ist die Wahlmöglichkeit so stark eingeschränkt, dass letztlich die Pflegeanbieter entscheiden, ob für die Versorgung eines weiteren Pflegeempfangenden noch genügend Ressourcen vorhanden sind, sodass die Zahl der aufnahmebereiten Pflegeanbieter maximal eins beträgt („*Also mit den Sozialdiensten ist es so, da gibt es tatsächlich einige Plattformen, wo wir auch angemeldet sind, z. B. bei [Plattformdienst XY], das ist eine Plattform wo anonymisiert die Daten hochgeladen werden und dann können Pflegedienste reagieren und sagen ‚Ich habe Aufnahmemöglichkeiten und ich möchte diesen Patienten übernehmen.‘*“). Statt von Konkurrenz, wird zum Teil über kooperative Beziehungen zu anderen Pflegeanbietern berichtet („*Und das ist eher so, dass man sich da auch eher die Tipps gibt. Also das man sich da eher auf Augenhöhe begegnet, mittlerweile.*“ ; „*Also, wenn mich jemand fragt, Mensch, ich will das mal beantragen, die Förderung brauche ich, dann würde ich meinen Berufskollegen auch helfen, wir sind da als Pflegedienst auch echt sehr transparent und im Austausch.*“). Obwohl es keine Konkurrenz zwischen Pflegeanbietern gibt, soweit es um Kunden bzw. zu pflegende Personen auf der Suche nach angemessener Versorgung geht, wird von den Befragten in einem anderen Bereich eine tatsächliche Konkurrenzbeziehung zwischen Pflegeanbietern und zwischen

Pflegeanbietern und anderen Institutionen, die Pflegekräfte beschäftigen, betont: Bei der Gewinnung von geeignetem Pflegepersonal: „Was stärker vertreten ist, wenn wir Personalkonkurrenz betrachten, sind stationäre Altenpflegeeinrichtungen, also stationäre Langzeitpflege, und schon auch die Kliniken. In [Name des Ortes] haben wir eine Klinik. Und Seniorenheime natürlich auch, von verschiedenen Trägern, sowohl konfessionell wie auch freie Träger. Da gibt es schon Personalkonkurrenz, das kann man schon sagen.“. Diese Konkurrenz um Pflegepersonal scheint sich aber vor allem um Pflegefachkräfte zu drehen. Die mittlerweile durchaus nicht mehr niedrige Bezahlung von ungelerten Pflegekräften scheint jedenfalls die Möglichkeit eröffnet zu haben, Pflegekräfte aus anderen Wirtschaftssektoren mit niedrigeren Löhnen abzuwerben: „Also ich habe einige auch aus der Friseurbranche bspw., die wirklich grottenschlecht bezahlt werden, die wir dann sozusagen in die Pflege bekommen. Aber das muss natürlich auch von den Skills passen. Also, von den sozialen Aspekten usw., dass die auch wirklich in der Pflege arbeiten können und möchten und wollen.“).

Forschungsfrage 1 kann dennoch verneint werden, denn gefragt wurde nach dem Wettbewerb um Kunden bzw. zu pflegende Personen. Von einem solchen Wettbewerb berichtete keiner der befragten Pflegeanbieter. Die Nachfrage nach professioneller Pflege ist so hoch und die Personalkapazitäten der Pflegeanbieter sind so gering, dass sich der Wettbewerb zurzeit um das Pflegepersonal dreht. Einschränkend muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass keine Pflegedienste und -einrichtungen befragt worden sind, die im großstädtischen Raum angesiedelt sind. Da in Großstädten aber auch die Nachfrage nach Pflegeleistungen hoch ist, ist zumindest fraglich, ob sich die Wettbewerbssituation dort anders darstellt. Das hier erzielte Ergebnis, wonach, eine Überschussnachfrage nach Pflegeangeboten echten Wettbewerb zwischen Pflegeanbietern verhindert, es aber einen Wettbewerb um (gut ausgebildetes) Pflegepersonal gibt, wird im Bereich der ambulanten Pflege letztlich auch von aktuellen Branchenanalysen gestützt: „Die Branche der ambulanten Pflege erlebte in den letzten fünf Jahren eine Phase außergewöhnlichen Wachstums. Getragen wurde diese Entwicklung von der hohen Nachfrage nach Pflegedienstleistungen und der Beliebtheit der ambulanten Pflege in der Bevölkerung. Beschränkungen beim Wachstum sind die personellen Ressourcen bei der Akquirierung und Bindung qualifizierter Mitarbeiter. So wären in der Branche viel höhere Wachstumsraten möglich, wenn die Branchenakteure genügend Personal finden könnten.“⁷

III.3. Der Personalmangel in der Langzeitpflege

(a) Ergebnisse der Literaturanalyse

Bereits aktuell herrscht nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit ein bundesweiter Fachkräftemangel bei examinierten Pflegefachleuten. Davon ist die Langzeitpflege in besonders ausgeprägter Weise betroffen. Die Arbeitslosen-Stellen-Relation bei Pflegefachkräften beträgt zurzeit 0,4. Selbst bei Pflegehilfskräften herrscht ein zunehmender Personalmangel. Zwar beträgt die Arbeitslosen-Stellen-Relation hier 3,8. Aber zum einen ist auch diese Relation in den letzten Jahren deutlich gesunken, zum anderen verfügen 77 Prozent der arbeitslosen Pflegehilfskräfte über keine einschlägige und 67 Prozent über

⁷ O.V. (2024): Ambulante Pflegedienste in Deutschland - Marktforschung, Kennzahlen, Statistiken, Studien und Analysen, IBISWorld Bericht Q88.10DE vom 10.6.2024, url: <https://www.ibisworld.com/de/branchenreporte/ambulante-pflegedienste/1399/> (Abruf am 11.9.2024).

überhaupt keine Berufsausbildung. Zu dieser ohnehin schwierigen Situation tritt verschärfend hinzu, dass in den nächsten 10 Jahren 380.000 Pflegekräfte das gesetzliche Ruhestandseintrittsalter erreichen werden. Diese werden nach aktueller Datenlage nur unzureichend von neuen Pflegekräften ersetzt. Zugleich wird erwartet, dass die Zahl der Pflegeempfangenden und damit auch die Nachfrage nach Pflegeanbietern bereits in den nächsten 10 Jahren erheblich zunehmen wird. Nach der aktuellen Pflegevorausberechnung des Statistischen Bundesamtes ist daher damit zu rechnen, dass im nächsten Jahrzehnt ausgehend vom bereits vorhandenen Personalmangel in Alten-, Pflege- und Behindertenheimen (74.000 Pflegekräfte) und ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten (39.000 Pflegekräfte) eine große zusätzliche Bedarfslücke an Pflegekräften entstehen wird.

(b) Bedeutung für die Studie

Grundannahmen dieser Studie waren, dass sich über eine digitale Transformation der Langzeitpflege zum einen die Effizienz der primären und sekundären Pflegeprozesse in Pflegediensten und -einrichtungen erhöhen lässt und zum anderen die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte positiv beeinflusst werden können. Beides könnte dabei helfen, den Personalmangel im Langzeitpflegebereich abzumildern. Es war daher zunächst von hohem Interesse, wie sich der Personalmangel aktuell auf Pflegeanbieter und Pflegekräfte auswirkt, wie ihm begegnet wird und welche Erwartungen über die künftige Entwicklung der Personalsituation bestehen.

(c) Ergebnisse der Interviews und Fokusgruppenbefragungen

F2: Wie wird der Personalmangel aktuell von Leitenden der Pflegeanbieter und von Pflegekräften erlebt?

Die befragten Leitenden der Pflegeanbieter erleben die aktuelle Personalknappheit als ein ständiges Arbeiten an der personellen Kapazitätsgrenze. Personalausfälle führen in einer solchen Situation sehr schnell dazu, dass Pflegekräfte Mehrarbeit verrichten müssen: „Also die Arbeitsbelastung ist natürlich dann gegeben, wenn ein hoher Ausfall da ist von den Kollegen, ein hoher Krankenstand da ist. Dann verdichtet sich das und sie müssen dann Aufgaben übernehmen“. Die Pflegekräfte erleben das natürlich viel direkter. Viele haben die Erfahrung gemacht, dass sich die Personalsituation in den letzten Jahren immer weiter verschlechtert hat (*„Wir hatten ursprünglich vier Wohnbereichsleitungen, das fand ich persönlich besser als zwei. Das ist reduziert worden auf zwei. Jetzt haben wir nur noch eine, da wir die Leerstelle nicht nachbesetzt bekommen. Das haben wir versucht.“* ; *„Dann kamen die Pflegestufen (...), ja, die Arbeit hat sich verdoppelt, die Anzahl der Mitarbeiter nicht. Jetzt kamen dann die Pflegegrade, da hat sich nichts verbessert in der Gesamtsituation. Inzwischen ist es ja deutlich schwieriger, überhaupt jemanden für die Pflege zu begeistern, überhaupt Personalnachwuchs zu bekommen.“*). Der Zusammenhang zwischen der Personalsituation und der Mehrbelastung ist den Pflegekräften natürlich bewusst. Nach einem Wunsch für eine Verbesserung der Situation gefragt, lautet die lapidare Antwort einer Pflegekraft: *„Mehr Personal“*. Die viel direktere Betroffenheit der Pflegekräfte kommt auch dadurch zum Ausdruck, dass sie die Folgen des Personalmangels nicht einfach als „mehr Aufgaben übernehmen müssen“ beschreiben, sondern auch die weitergehenden Folgen in ihre Überlegungen einbeziehen. Auffällig ist dabei, dass sie auch bei einer Erledigung von Mehrarbeit nicht nur an ihre eigene Mehrbelastung denken, sondern auch verhindern wollen,

dass andere unter der Situation leiden. Das sind zum einen die Pflegeempfangenden: „*Es geht ja nicht darum so viel Arbeit in so kurzer Zeit wie möglich mit so wenig Personal wie möglich hinzubekommen. Es geht um die Menschenwürde der Leute, die wir pflegen*“. Zum anderen sind es aber auch die Kolleg:innen: „*Oder wenn ich halt viel an die nächste Schicht weitergeben muss. Das finde ich auch nicht gut*“. Trotz des hohen Einsatzes ist eine völlig zufriedenstellende Leistungserbringung nicht immer möglich, was Pflegekräfte auch noch in ihrer Freizeit belastet: „*Natürlich muss man Kompromisse eingehen. (...) Aber dann nehme ich auch viel mit nach Hause. Dann geht Zuhause quasi der Kopf weiter. Was habe ich alles nicht geschafft und warum? Wie kann ich es vielleicht am nächsten Tag besser machen?*“.

Dass es einen Zusammenhang zwischen dem Personalmangel und den schlechten Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege gibt, ist natürlich trivial. Die Schilderungen der Pflegekräfte decken sich aber auch in anderer Hinsicht mit den Ergebnissen anderer Studien. Sie müssen unter ständigem Zeitdruck arbeiten, legen dennoch einen hohen Wert darauf, trotz notwendiger Kompromisse qualitativ gute Pflegearbeit zu leisten. Wenn das nicht gelingt, wird noch in der Freizeit damit gehadert, was man anders oder besser hätte machen können. Dabei geht es zum einen um die Zufriedenheit der Pflegeempfangenden, es wird aber auch die Bedeutung guter kollegialer Beziehungen betont; die Pflegekräfte wollen nicht, dass die nachfolgende Schicht mit dem nicht geschafften Arbeitspensum belastet wird. Hingegen schildert keine befragte Pflegekraft, dass ein Verfehlen des gesamten Arbeitspensums deshalb belastend sei, weil die Vorgaben von Vorgesetzten nicht erfüllt worden sind. Die Personalsituation ist Leitenden und Pflegekräften gleichermaßen klar. Unter diesen Umständen gehen auch Leitende nicht davon aus, dass Pflegekräfte bei einer angespannten Personalsituation, die z. B. durch krankheitsbedingte Ausfälle von Pflegekräften verursacht worden ist, mit weniger vorhandenem Personal das gleiche Arbeitspensum erledigen können.

F3: Mit welchen Maßnahmen wird den Personalmangel begegnet und wie wirken sich diese Maßnahmen auf die Pflegekräfte aus?

Wenn Leitende von Pflegeanbietern verhindern wollen, aufgrund des Personalmangels die Zahl der zu versorgenden Pflegeempfangenden zu reduzieren, bleiben ihnen letztlich nur drei Optionen.

Eine erste Option besteht darin, das Arbeitspensum der vorhandenen Pflegekräfte zu erhöhen: „*Das heißt, dass vielleicht auch Touren zusammengelegt werden müssen, um dann die Versorgung auch zu gewährleisten*“. Solche Maßnahmen sind aber nur temporär hilfreich und die im aufgeführten Zitat genannte Maßnahme wurde auch im Kontext unerwarteter Personalausfälle geschildert. Was eine Erhöhung des Arbeitspensums für Pflegekräfte bedeutet, wurde bereits diskutiert. Eine Zusammenlegung von Touren läuft letztlich darauf hinaus, dass Pflegekräfte mehr Pflegebedürftige versorgen müssen, was ohne Qualitätseinbußen nur im Rahmen einer Doppelschicht möglich ist. Eine dauerhafte Erhöhung des Arbeitspensums dürfte Pflegekräfte schnell an die Leistungsgrenze bringen und vermutlich dazu führen, dass sie nach einiger Zeit zu einem anderen Pflegeanbieter wechseln: „*Auch die Doppelschichten. (...). Also es gibt verschiedene ambulante Dienste hier, die haben nur Frühschicht oder nur Abenddienste. Und bei uns ist es oft so: Wir arbeiten 12 Tage, Wochenende frei, 12 Tage. Und in diesen 12 Tagen kann es sein, dass man bis zu fünf Mal eine Doppelschicht hat. Und das ist einfach heftig. Da ist dann morgens*

ein voller Dienst, eine kurze Mittagspause und dann ein voller Abenddienst. Das ist einfach viel“.

Eine zweite Option besteht darin, durch geeignete Maßnahmen den Personalbestand zu erhöhen. Bereits im letzten Abschnitt wurde geschildert, dass Pflegeanbieter in einer Konkurrenzbeziehung um (gutes) Personal stehen. Sie machen von der zweiten Option somit Gebrauch. Da der Markt für Pflegekräfte leergefegt ist, werden dabei zum Teil auch Personen für die Pflege rekrutiert, die aus anderen Wirtschaftssektoren stammen bzw. keine einschlägige Pflegeausbildung besitzen. Im Grunde wird beinahe jede Möglichkeit genutzt, benötigtes Personal einzustellen, was zur Folge hat, dass der Qualifikationsmix der Pflegekräfte zunehmend ausfasert: *„Von sechs Neueinstellungen im Fachpflegebereich habe ich vielleicht drei mit einer dreijährigen Ausbildung als Pflegefachkraft und drei andere - eine einjährige, eine medizinische Fachangestellte und vielleicht auch eine, die lediglich angelehrt ist und dann eben manche Tätigkeiten nicht machen kann“.* Wie schwierig die Akquise neuen Personals ist, ist auch den Pflegekräften bewusst. Sie vermuten nicht, dass der geringe Personalbestand auf Einsparversuche zurückzuführen ist, vielmehr seien die Möglichkeiten der Leitenden, für Entlastung zu sorgen, begrenzt: *„Aber da hapert es in der Umsetzung, weil dieses Qualitätsniveau, also die einjährigen Ausgebildeten, die hat man nicht. Wo soll man die herkriegern? (...) Und wenn wir welche ausgebildet haben, bewusst in der Hoffnung die behalten zu können als Einjährige, dann bekommen die keine Arbeitserlaubnis, weil eine einjährige Ausbildung keine Ausbildung ist. Erst ab zwei Jahren bekommen die dann eine Aufenthaltserlaubnis. Also musste man die abschieben. Danke“.* Die befragte Pflegekraft schildert hier mit den Schwierigkeiten der Rekrutierung ausländischer Pflegekräfte einen Sachverhalt, den Leitende gar nicht erwähnen. Zumindest in den im Rahmen dieser Studie befragten Pflegediensten und -einrichtungen scheint die Rekrutierung ausländischen Pflegepersonals nicht als zielführende Maßnahme angesehen zu werden, den Personalmangel nachhaltig abzumildern.

Eine dritte Möglichkeit könnte darin bestehen, die Effizienz der Leistungserbringung durch den Einsatz digitaler Technologien zu erhöhen. Jedoch wird der Einsatz von Digitalisierungstechnologien weder von Leitenden noch von Pflegekräften als signifikante Maßnahme in Erwägung gezogen, dem Personalmangel zu begegnen. Das liegt vielleicht daran, dass die Auswirkungen der Einführung digitaler Technologien auf den vorhandenen Personalstamm und auf die Gewinnung neuer Pflegekräfte durchaus unterschiedlich sein kann. So wird zum einen geschildert, dass Pflegekräfte, die Schwierigkeiten mit digitalen Technologien haben, den Pflegeanbieter verlassen haben: *„Aber es gab auch welche, die ab diesem Zeitpunkt nicht mehr zur Arbeit gekommen sind. (...) Also, die dann gesagt haben, das ist mir alles zu kompliziert, das ist mir alles zu schwierig“.* Zum anderen wird der Einsatz digitaler Technologien aber auch als Mittel gesehen, vor allem jüngere Menschen für den Pflegeberuf zu gewinnen: *„Weil die Generation, die wir ja jetzt auch kriegen, (...) die ist ja schon sehr fit was Digitalisierungsprozesse angeht und (...) da werde ich (...) vielleicht sogar eher attraktiver sein, auch vielleicht sich einen sozialen Beruf auszusuchen. Weil, es ist vor allen Dingen von Vorteil, da werbe ich auch immer mit, dass man junge Menschen motiviert in einen Gesundheitsberuf zu gehen, weil man beides gut verknüpfen kann, die organisatorischen und Digitalisierungsprozesse als eben auch diese sinnstiftende Tätigkeit.“* Wie noch an anderer Stelle diskutiert wird, sehen Pflegeanbieter durchaus, dass verschiedene digitale Pflegetechnologien die Effizienz der Leistungsprozesse erhöhen können, verbinden das aber an keiner Stelle mit der Möglichkeit, Personal einzusparen.

Dass der Einsatz digitaler Pflorgetechnologien dazu führen kann, dass der Pflegeberuf attraktiver wird, wird vereinzelt geäußert, aber wohl nicht als entscheidender Faktor gesehen, dem Personalmangel zu begegnen.

F4: Welche künftigen Entwicklungen im Personalbereich werden erwartet?

Pflegekräfte haben, wie oben bereits besprochen worden ist, seit vielen Jahren nur eine Verschärfung der Personalsituation erlebt und sind hinsichtlich der künftigen Entwicklung fatalistisch. Sie haben keine Erwartungen – schon erst recht keine positiven.

Ein wenig anders sieht es bei den Leitenden der Pflegeanbieter aus. Zwar erwarten auch diese nicht, dass sich der Personalmangel in der Langzeitpflege in absehbarer Zeit signifikant abmildern wird, aber sie erwarten sowohl positive als auch negative Entwicklungen im Bereich der Qualifizierung und Kompetenzen von Pflegekräften. Die durch das Qualifizierungschancengesetz seit 2019 eröffnete Möglichkeit, dass Beschäftigte, die in einem vom Fachkräftemangel betroffenen Berufsfeld arbeiten, eine Weiterbildungsförderung von 100 Prozent erhalten können, wird von Leitenden positiv gesehen, weil sie auf diese Weise künftig über Pflegekräfte mit mehr Kompetenzen verfügen könnten, die dann auch entsprechend flexibler einsetzbar wären: *„Und es gibt da ja auch Gesetzgebung, die finde ich sehr gut, z. B. das Chancen- und Qualifizierungsgesetz, dass Menschen, die über drei Jahre in der Pflege gearbeitet haben, dann die Möglichkeit haben, in einer Pflegeschule eine Nachschulung zu machen und das einjährige Examen nachzuholen. Und damit qualifizieren die sich für höherwertige Aufgaben, wie Insulingaben und Kompressionstherapien.“* In eine ähnliche Richtung zielen Weiterbildungsmöglichkeiten für Pflegekräfte, die bereits eine einjährige Berufsausbildung abgeschlossen haben und die durch eine ebenfalls im Rahmen des Qualifizierungschancengesetzes geförderte Weiterbildung Kompetenzen im Bereich der von den meisten ambulanten Pflegediensten angebotenen häuslichen Krankenpflege erwerben können: *„Gerade ist man - was ja private Pflegedienste schon dürfen - an der Öffnung der Leistungsgruppe zwei für die Einjährigen dran. Das wäre auch nochmal eine größere Perspektive (...).“*

Angesprochen wird aber auch die Gefahr, dass immer noch in den Bereich der Pflegehilfskräfte fallende Pflegende zunehmend Leistungen erbringen dürfen, die bis vor wenigen Jahren Pflegefachkräften vorbehalten waren, sodass ein Qualitätsverlust resultieren kann: *„Und das dann alles zusammenzuhalten und zu verantworten und letzten Endes keinen zu großen Qualitätsverlust zu generieren, das ist dann schon die Herausforderung, die es in Zukunft immer mehr geben wird“*. Doch das künftig der Mangel an Pflegefachkräften abgemildert wird, wird von Leitenden nicht erwartet. Weit mehr wird die Gefahr gesehen, dass sich hier eine Entwicklung abzeichnet, die zu einer Dequalifizierung führt, weil Pflegefachkräfte aufgrund der Personalengpässe nicht entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt werden: *„Meiner Meinung nach wird es sich einfach dadurch verändern, dass es immer weniger Fachkräfte gibt und die Ressource der Fachkraft eben maximal im Kundenkontakt stattfindet. Und alles andere muss weg. (...) Also das ist eine Entwicklung die wir heute schon haben, aber in zehn Jahren noch einmal deutlich drängender“*.

Es ist eine aus Sicht der Leitenden paradoxe, aber in den nächsten Jahren wohl nicht zu ändernde Situation: Der Mangel an Pflegefachkräften hat zur Folge, dass gesundheitspolitische Maßnahmen ergriffen werden, Pflegehilfskräfte so weiterzubilden,

dass sie zuvor Pflegefachkräften vorbehaltene Leistungen erbringen können. Weil sich dadurch aber nur der Qualifikationsmix der Pflegenden ändert, nicht aber ihre Anzahl, müssen Pflegefachkräfte Leistungen erbringen, für die sie eigentlich überqualifiziert sind. Für die Planung und Steuerung der Pflege und für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität bleibt dann wenig Zeit. Könnte künftig möglicherweise der Einzug von Akademikern in die Pflegedienste und -einrichtungen hilfreich bei der Erbringung dieser Leistungen sein? Das wird eher nicht erwartet, weil die Beschäftigung von Pflegewissenschaftler:innen teuer ist und nicht refinanziert wird: *„Und es gibt mit Sicherheit viele Studierende (...) die kompetenzmäßig in der Lage wären auch sowas zu machen oder solche Aufgaben zu übernehmen oder auch z.B. das Schnittstellenmanagement besser zu regeln, was Entlassungsmanagement angeht, das alles zu koordinieren. Aber es gibt dafür keine Stellen (a), weil sie aber auch nicht finanziert werden (b). (...) das ist Wunschdenken (...) weil die Gelder müssen bereitgestellt werden und die Kostenträger sagen ja jetzt schon, es gibt kein Geld mehr. Es gibt kein Geld mehr, die sind froh, wenn überhaupt die Menschen irgendwie versorgt sind“*.

Ob der Pflegeberuf künftig an Attraktivität gewinnen könnte, wenn Pflegefachkräfte Aufgaben übernehmen dürfen, die bislang anderen Leistungserbringern des Gesundheitssystems vorbehalten sind, wird von den Leitenden sehr kontrovers beurteilt. Manche Leitende erwarten, dass es einen solchen Kompetenzzuwachs geben wird, und sehen das sehr positiv: *„Also ich denke auch, dass die Pflege in 10 Jahren schon mehr Kompetenzen hat (...) also (...) sagen wir mal einfach Verordnungen angeht oder auch das man nicht wegen jedem kleinen Ding einen Arzt anrufen muss, sondern dass man wirklich selber entscheiden kann. (...). Und, ich will das ein bisschen mit dem Handwerk vergleichen, (...) also, dass es Meister gibt in der Pflege, faktisch“*. Andere Leitende sehen das eher skeptisch: *„Ich denke, es wird mit Sicherheit in den kommenden Jahren zu größeren Auseinandersetzungen auf dem Gebiet kommen. Vor allen Dingen deswegen, wenn ich die Pflege stärken möchte, dann nützt es nichts, wenn ich irgendwelche Aufgaben übergebe, das haben wir heute schon. Das eben Aufgaben an uns übergeben werden, die dann auch katastrophal vergütet werden. Wundversorgung zum Beispiel. Das geben die Ärzte ganz gerne ab, denn das ist auch nur viel Geschäft und viel Kundenkontakt, bzw. Arzt-Patienten-Kontakt. Aber das kann es auch nicht sein. Es darf nicht bei der Pflege alles das landen, was ungeliebte Kinder sind“*.

Die Leitenden der Pflegeanbieter gehen zusammenfassend nicht davon aus, dass sich an der Situation des Personalmangels in der Langzeitpflege etwas Grundlegendes ändern wird. Weil davon insbesondere Pflegefachkräfte betroffen sind, wird stattdessen erwartet, dass gesundheitspolitisch weiterhin versucht werden wird, eine leichte Entschärfung des Fachkräftemangels über eine Förderung der Weiterbildungsmöglichkeiten bzw. des Kompetenzerwerbs von Pflegehilfskräften zu erreichen. Das entlastet die Pflegeanbieter, weil sie ihre Pflegekräfte flexibler einsetzen können, geht aber auf Kosten der Pflegefachkräfte, deren Qualifikation in doppelter Hinsicht entwertet wird. Erstens, weil einige ihrer in einer dreijährigen Ausbildung erworbenen Kompetenzen nun auch von Pflegekräften mit einem viel geringeren Ausbildungsniveau erworben werden können. Zweitens, weil sie aufgrund des Personalmangels für Aufgaben eingesetzt werden, für die sie überqualifiziert sind, was im Zeitablauf zu einem Verlust an Humankapital führt, wie eine Leitungskraft erläutert: *„Ich habe hier viele Bewerbungsgespräche, (...) wo ich Pflegefachkräfte frage wie fit sie auch sind, was die Dokumentation angeht, Risikoeinschätzung (...). Ich würde mal sagen 90 Prozent der Antworten bei den Pflegefachkräften sind, dass sie einfach über Jahre das nicht*

gemacht haben, und das erschreckt mich“. Ob sich mehr Auszubildende für den Beruf Altenpflegefachkraft begeistern ließen, wenn sie einige zusätzliche, zuvor anderen Leistungserbringern vorbehaltenen Leistungen erbringen dürfen, wird eher kontrovers diskutiert. Nicht erwartet wird, dass künftig mehr Pflegewissenschaftler:innen in Pflegediensten und -einrichtungen arbeiten werden. Sie seien schlicht zu teuer.

III.4. Die Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege

(a) Ergebnisse der Literaturanalyse

Die Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege wurden in vier Bereichen untersucht:

1. Arbeitsinhalte: Körperliche und psychische Belastungsfaktoren der Pflegearbeit, zur Verfügung stehende Zeit für qualitativ gute Pflegearbeit, mit der Pflegearbeit verbundener Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand sowie ausbildungsadäquater Einsatz von Pflegekräften.

2. Arbeitsorganisation: Zeitliche Lage und Taktung der Arbeit, Verlässlichkeit der Dienst- und Einsatzplanung, Einfluss der Pflegekräfte auf Arbeitszeiten und Arbeitseinsätze, Vereinbarkeit der Arbeitszeiten und Arbeitseinsätze mit familiären Verpflichtungen und Privatleben, Einflussfaktor(en) auf die Lage und Taktung der Arbeitszeit sowie auf die Verlässlichkeit der Dienst- und Einsatzplanung.

3. Internes Arbeitsumfeld: Beziehungen zu Kolleg:innen und Vorgesetzten, Führungsstil und Führungsqualität der Leitenden von Pflegediensten und -einrichtungen, Partizipationsmöglichkeiten der Pflegekräfte und Entlohnung sowie tarifvertraglich bzw. nach kirchlichem Arbeitsrecht festgelegte Arbeitsbedingungen von Pflegekräften.

4. Externes Arbeitsumfeld: (Wahrgenommener) gesellschaftlicher Stellenwert des Pflegeberufs, (wahrgenommene) gesundheitspolitische Anerkennung der Bedeutung professioneller Pflegearbeit sowie Art und Qualität der Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern des Gesundheitswesens.

In allen vier Bereichen der Arbeitsbedingungen identifizieren Studien durchgehend im Vergleich zu anderen Berufsgruppen weit überproportionale Belastungsfaktoren und zum Teil erhebliche Defizite.

Arbeitsinhalte: Die körperlichen und psychischen Belastungen der Pflegearbeit liegen ganz wesentlich über den Belastungen, denen Beschäftigte in anderen Berufen im Durchschnitt ausgesetzt sind. Folge ist, dass Pflegekräfte weitaus häufiger, als es im Durchschnitt der in anderen Wirtschaftsbereichen beschäftigten Erwerbstätigen der Fall ist, unter Berufserkrankungen leiden. Die durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitstage von Pflegekräften aufgrund körperlicher oder psychischer Erkrankungen liegen in der Folge in beiden Bereichen mehr als doppelt so hoch wie im Mittel aller sonstigen Erwerbstätigen. Viele Pflegekräfte üben ihre Tätigkeit in Teilzeit aus, weil sie sich Sorgen um die Gesundheitsbelastung der Ausübung einer Vollzeitstelle machen. Die Teilzeitquote von Pflegefachkräften liegt um ein Vielfaches höher als in beinahe allen anderen vom Fachkräftemangel betroffenen Berufsfeldern. Einzige Ausnahme: Andere körperlich und psychisch belastende Gesundheitsberufe. Hinzu kommt, dass der weit überwiegende Teil der Pflegekräfte unter ständigem Zeitdruck arbeitet, sodass keine oder kaum Zeit für gute Pflegearbeit bleibt. 42 Prozent der Pflegekräfte machen aus diesem Grund immer oder oft

Abstriche bei der Arbeitsqualität; nur 18 Prozent der Pflegekräfte geben an, das nie zu tun. Zum Zeitdruck kommt hinzu, dass die meisten Pflegekräfte gezwungen sind, häufig unter den Bedingungen einer Personalunterbesetzung arbeiten zu müssen, ständig bei der Arbeit gestört werden und oft gezwungen sind, mehrere Arbeitsvorgänge gleichzeitig im Auge zu behalten. Neben der Arbeit mit Pflegeempfangenden müssen Pflegekräfte Zeit für Verwaltungstätigkeiten und Dokumentationen aufwenden. Die Personalnot in den Pflegediensten und -einrichtungen hat die zusätzliche Folge, dass Pflegefachkräfte nicht ausbildungsadäquat nach den Vorgaben des Pflegeberufgesetzes eingesetzt werden (können), was im Laufe der Zeit zu Dequalifizierung und zu einer Verschwendung von Humankapital führt.

Arbeitsorganisation: Wochenendarbeit, 6-Tage-Arbeitswochen (und mehr), Schichtdienste und Nachtdienste sind zumindest für vollzeitbeschäftigte Pflegekräfte der Regelfall. Der überwiegende Teil der Pflegekräfte muss zusätzlich oft oder sehr oft ungeplant bei der Arbeit für fehlende Kolleg:innen einspringen. Weniger als ein Zehntel der Pflegekräfte hat großen oder sehr großen Einfluss auf Arbeitsbeginn und -ende. Die extreme Flexibilität des (verlangten) Arbeitseinsatzes geht zwangsläufig mit geringen Ruhezeiten und einem Überschreiten der vertraglich vereinbarten Wochenarbeitszeit bzw. der Ansammlung von Überstunden einher. Unter diesen Bedingungen ist eine Vereinbarkeit von Familie bzw. Privatleben und Beruf zumindest für vollzeitbeschäftigte Pflegekräfte kaum möglich. Mehr als zwei Drittel der in Teilzeit beschäftigten Altenpflegekräfte wollen deshalb nicht in Vollzeit arbeiten, weil die damit verbundenen Arbeitszeiten nicht mit familiären Verpflichtungen vereinbar wären. Hauptursache für die sehr ungünstige Verteilung und Taktung der Arbeitszeiten ist die häufig zu geringe Personalausstattung. Sie wirkt sich vor allem auf die Lage und Unvorhersehbarkeit der Arbeitszeiten aus. Lediglich 6 Prozent der Altenpfleger:innen berichten, dass sie keinen Personalmangel erleben und die hohen zeitlichen Flexibilitätsanforderungen andere Ursachen haben.

Internes Arbeitsumfeld: Viele Studien zeigen, dass gute Beziehungen zu Kolleg:innen und Vorgesetzten bzw. ein gutes „Betriebsklima“ aus Sicht der Pflegekräfte hochgradig wichtig sind und eine wichtige Ressource darstellen, ansonsten schlechte Arbeitsbedingungen zu kompensieren. Während die Beziehungen zu Kolleg:innen auch ganz überwiegend als gut oder sehr gut bezeichnet werden, gilt das für Führungskräfte nicht. Viele Pflegekräfte beschreiben die Qualität des Führungshandelns in Pflegediensten und -einrichtungen als eines der größten Probleme des Pflegeberufs. Die häufig erlebten, hierarchischen Führungsstile passen laut beruflich Pflegenden nicht zu den heutigen Herausforderungen und den Wünschen nach einem partnerschaftlichen, unterstützenden Führungsstil. Mit Blick auf die ohnehin geringen Attraktivität des Pflegeberufs und der hohen und zunehmenden Personalengpässe wiegen die Folgen einer demotivierenden Führungskultur besonders schwer. Ein anderes Bild zeigt sich mittlerweile bei der Entlohnung von Pflegekräften. Durch die beiden Pflegestärkungsgesetze 2015 und 2017, die Einführung des nach Qualifikation gestaffelten Pflegemindestlohns 2021 und insbesondere durch das 2022 in Kraft getretene Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (häufig auch fälschlich als Tariftreuegesetz bezeichnet), hat sich die Entlohnung von Pflegekräften in der Langzeitpflege sowohl im Vergleich zur Entlohnung in der Krankenpflege als auch im Vergleich zur Entlohnung von Beschäftigten gleichen Qualifikationsniveaus in den letzten Jahren weit überproportional entwickelt. Die Tarifbindung von Pflegediensten und -einrichtungen hat allerdings nicht wesentlich zugenommen, sodass sich die Arbeitsbedingungen in Pflegediensten und -einrichtungen weiterhin deutlich unterscheiden können.

Externes Arbeitsumfeld: Über 90 Prozent der Pflegekräfte in der Langzeitpflege halten die gesellschaftliche Wertschätzung des Pflegeberufs für zu gering. Die Wahrnehmung der

Pflegekräfte, dass ihre Arbeit gesellschaftlich zu wenig Anerkennung findet, deckt sich nicht vollständig mit der tatsächlichen gesellschaftlichen Anerkennung des Pflegeberufs. Verschiedene Studien zeigen, dass der Pflegeberuf - möglicherweise in Zusammenhang mit der Diskussion um die Bedeutung systemrelevanter Berufe während der Corona-Pandemie – durchaus gesellschaftliche Anerkennung genießt. Ein Grund für die unterschiedliche Wahrnehmung könnte die hohe Identifikation von Pflegekräften mit ihrem Beruf und der damit zusammenhängende, hohe Berufsstolz sein. Dieser Berufsstolz wird möglicherweise durch die in weiten Teilen völlig indiskutablen Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege, die einer qualitativ hochwertigen Ausführung des Pflegeberufs häufig im Wege stehen, verletzt. Auch wenn die Gesellschaft nicht die Schuld am dafür maßgeblich verantwortlichen Personalmangel trägt, hat doch zumindest die Gesundheitspolitik dieser Entwicklung lange Zeit zugesehen, ohne signifikante Schritte zur Abhilfe in die Wege zu leiten. Neben der Gesellschaft und den Verantwortlichen für die Gesundheitspolitik existiert mit den anderen Leistungserbringern des Gesundheitssystems noch eine weitere externe Gruppe, deren Angehörige Einfluss auf das Selbstbild der Pflegenden haben können und deren Verhalten mit dem hohen Ausmaß an Berufsstolz der Pflegenden kollidieren kann. Diese Akteure sind oft sowohl berufshierarchisch als auch in Bezug auf ihre Entscheidungskompetenzen Pflegenden weit übergeordnet, was eine kooperative Zusammenarbeit auf Augenhöhe behindern kann. Fragt man aus dem Pflegeberuf Ausgestiegene sowie in Teilzeit beschäftigte Pflegekräfte nach Arbeitsbedingungen, die einen Wiedereinstieg in den Pflegeberuf bzw. eine Erhöhung der Arbeitsstunden begünstigen könnten, nennen jeweils weit über 80 Prozent der Pflegekräfte, dies sei bei mehr Augenhöhe gegenüber der Ärzteschaft und einer besseren Kooperation mit anderen Berufsgruppen des Gesundheitssystems der Fall.

(b) Bedeutung für die Studie

Eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege gilt als wichtiger Baustein, den aktuellen und vor allem den künftig erwarteten Personalmangel in der Pflege zumindest abzumildern. Damit könnten ein längerer Verbleib im Pflegeberuf, ein geringerer Krankenstand von Pflegekräften, eine Verringerung der Teilzeitquote von Beschäftigten in der Langzeitpflege und zusätzlich eine Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufs erreicht werden. Viele digitale Pflorgetechnologien ermöglichen nicht nur eine effizientere Leistungserbringung durch Pflegedienste und -einrichtungen, sondern auch eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Eine Beobachtung der derzeitigen Arbeitsbedingungen in den im Rahmen der Studie befragten Pflegedienste und -einrichtungen war daher von hohem Interesse, insbesondere in Zusammenhang mit der zugleich erhobenen digitalen Ausstattung dieser Pflegeanbieter. Im Blick waren daher nicht nur die auch bereits im Rahmen anderer Studien erhobenen Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege, sondern auch ihr Zusammenspiel mit bereits eingesetzten Technologien.

Die Forschungsfragen bezüglich der Arbeitsbedingungen wurden nach den oben erläuterten vier Bereichen Arbeitsinhalte, Arbeitsorganisation, internes Arbeitsumfeld und externes Arbeitsumfeld differenziert:

(c) Ergebnisse der Interviews und Fokusgruppenbefragungen

F5: Welche Arbeitsbedingungen lassen sich zurzeit in Bezug auf die Arbeitsinhalte beobachten und in welchem Zusammenhang stehen sie zu bereits eingesetzten Pflorgetechnologien?

Den Leitenden der Pflegeanbieter ist vollauf bewusst, dass der Zeitdruck, unter dem Pflegekräfte arbeiten müssen, zumeist eine echte Bezugspflege nicht zulässt: *„Das ist den Mitarbeitern sehr wohl bewusst, dass eben da eine Beziehungsarbeit und eine Qualitätsarbeit nicht stattfinden kann, sondern da geht es funktionell darum, dass wir morgens fachgerecht die Kompressionsstrümpfe anziehen und dann ist unsere Leistung abgehakt. D.h., Zeit für eine Gesprächsführung ist in dem Moment nicht gegeben, denn dafür wird eben das Geld auch diese Pauschale nicht bezahlt (...).“*. Der Kostendruck bzw. der Zwang, wirtschaftlich zu arbeiten, ließe aber eine andere Vorgehensweise auch nicht zu: *„Das ist aber aus genau dem Grund, denn früher war es eben normal, dass man eben die Zeit auch hatte und da kam man wirtschaftlich auch hin. Aber durch alle auferlegten Prozesse, die ja jetzt notwendig sind, ist einfach der Kostendruck wahnsinnig hoch geworden“*.

Dennoch werden Versuche unternommen, die Situation etwas zu entschärfen, wenn auch nur durch die Abrechnung zusätzlicher Leistungen, wie eine Leitungskraft erläutert: *„Wir sagen und kommunizieren schon auch immer, wenn es länger dauert, dann dauert es länger, das ist kein Problem. Versuchen dann teilweise noch auch mehr Leistungen beim Kunden abzurechnen, gerade Betreuungsleistungen oder sozusagen Füllmodule, dass der Kunde nicht so gestresst ist und der Mitarbeitende in der Folge auch nicht“*. Eine andere Möglichkeit der Entlastung von Pflegekräften ist es, einzelne auf einer Tour durchzuführende Leistungen auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben, wenn die Zeit nicht hinreicht: *„Ambulant sind wir ein bisschen flexibler, weil wenn wir Menschen einmal die Woche beim Duschen z.B. helfen, was ja auch absolut wichtig ist, können wir z.B. auch sagen: ‚dann findet das eben nicht heute statt, sondern morgen‘, und nehmen den Patienten eben heute raus“*. In diesem Fall fällt dann aber natürlich nicht nur die Bezugspflege weg, sondern – jedenfalls vorübergehend – die gesamte Pflegeleistung, auch wenn sie später nachgeholt wird.

Die durch den ständigen Zeitdruck kaum noch mögliche Bezugspflege wird von den Pflegekräften als zum Teil unmenschlich und daher emotional belastend geschildert: *„ (...) und man muss sich auch selber mal überlegen, möchte ich so gepflegt werden. Und ich denke, die meisten sagen ‚nee, so nicht.‘. Auch diejenigen, die in der Kasse sitzen und uns diese Zeiten vorgeben“*. Es sind zudem die Pflegekräfte, die Zielscheibe der Unzufriedenheit der Pflegeempfangenden mit der „Minutenpflege“ sind: *„Wenn die Leute, oder die Klienten, das Gefühl haben, wir haben kaum Zeit für die, sind die natürlich auch etwas gestresst und unzufrieden, weil, die zahlen ja. Und, das ist ja wie wenn ich irgendwo hingehge und etwas bezahle, eine Leistung und habe das Gefühl, ich bekomme die nicht richtig, dann bin ich unzufrieden. Und das haben unsere Klienten leider auch ganz oft“*. Pflegekräfte berichten auch darüber, dass mehr Zeit für die Pflege nur möglich ist, wenn die Pflegeempfangenden zusätzliche Leistungsmodule bezahlen. So wird im Kontext der für die Leistung „große Körperpflege“ zur Verfügung stehenden Zeit von 23 Minuten folgender Fall geschildert: *„Jetzt muss - ich sage es mal krass - die arme Sau die im Rollstuhl sitzt und es in 23 Minuten, selbst mit professioneller Hilfe nicht machbar ist (...) der muss mehr zahlen. Na klar ist der dann nicht zufrieden. Dann muss ich das Modul dazubuchen, ist okay. Hier wird irgendwann nachgefragt, warum dauert das denn dort immer 40 Minuten und nicht 23, man bucht was dazu, der muss mehr bezahlen, der ist unzufrieden. Ja und dann sind wir wieder bei der Menschenwürde. Jetzt kann sich der arme Mensch das nicht mehr leisten zweimal die Woche geduscht zu werden, muss halt einmal die Woche reichen“*.

Solche nachvollziehbaren Bedenken der Pflegekräfte stoßen bei Leitenden nicht immer auf Verständnis, sondern werden teilweise als (zu) sentimental beschrieben: *„Aber ich denke schon, es gibt einen Satz von 20 - 30 Prozent, die noch so ein bisschen sozialromantisch*

unterwegs sind. Und, einfach die guten alten Zeiten der Dorfschwester im Blick haben, die das mitbringt, was es eben nicht mehr gibt: Zeit.“ Neben solchen Meinungen findet sich aber auch Verständnis für die Pflegekräfte: „Und ich glaube, die Belastungsgrenze ist irgendwie überall trotzdem angespannt und hoch, man steht unter Zeitdruck, das ist so, das merke ich auch selbst, wenn ich Tour fahre, ich fahre ja auch öfters mal auch Tour, wenn jemand krank wird, dann spring ich ein und ich kenn die Zeiten und man ist schon durchgetaktet, allein durch die einzelnen Minutenvorgaben, das ist so“.

Pflegetechnologien spielen beim wahrgenommenen Zeitdruck aus Sicht der Pflegekräfte eine ambivalente Rolle. Es geht dabei um die digitalen Tourenbegleiter, die in der ambulanten Pflege mittlerweile beinahe zum Standard gehören – sie wurden jedenfalls in allen von uns befragten ambulanten Pflegediensten eingesetzt. Sie werden auf der einen Seite als deutliche Erleichterung der Arbeitsorganisation beschrieben, die weiter unten diskutiert wird. Aber die auf ihnen laufende Software kann so ausgestaltet werden, dass die Richtzeitvorgaben für die verschiedenen zu erbringenden Leistungen im Sinne einer kleinteiligen, beinahe tayloristische Arbeitszeitvorgabe wahrgenommen werden: *„Was natürlich insgesamt über die Jahre hinweg der Nachteil geworden ist, finde ich, das mit dem Zeitmodul. Das macht uns einfach Stress. Das heißt, wir haben wenig Zeit. Das überträgt sich dann natürlich auch auf die Klienten, die fordern manchmal mehr ein als wir Zeit haben. Manchmal passiert auch etwas, dann muss man eben länger bleiben, muss mehr machen. Das ist ganz normal in dem Job. (...). Das ist aber einfach dieses Zeitmodul. (...). Und vor allem, wenn ich immer unter Zeitdruck und Stress arbeite, wie soll das zufrieden machen?“*.

Während der Zeitdruck bei der Arbeit und die fehlende Möglichkeit der Bezugspflege eine große Rolle in den Gesprächen und Diskussionen spielten, wurde die physische Härte des Pflegeberufs nur ein einziges Mal von einer Pflegekraft erwähnt: *„Und es ist ein Knochenjob, das hat nichts mit Digitalisierung zu tun“*. Die geringe Betonung der körperlichen Härte des Pflegeberufs könnte darauf zurückzuführen sein, dass sich daran, anders als bei den zeitlichen Vorgaben, in den letzten Jahren nichts verändert hat.

Obwohl nur eine Einzelmeinung, wurde in einem Interview mit einer Leitungskraft ein für die digitale Transformation der Pflege sehr wichtiger Sachverhalt angesprochen: *„ (...) also was ich einfach merke, und wir haben viele Mitarbeiter, die sehr lange im Beruf sind, und eben jetzt durch diese Geschwindigkeit in den Veränderungen und auch mit den Umwälzungen in den gewohnten (...) Routinen (...). Also, es ist schwierig, ich glaube, das ist eigentlich so ein wesentlicher Punkt, das so eine gewohnte Routine gar nicht entstehen kann, um den Mitarbeitern eine Sicherheit zu geben“*. Bei der digitalen Transformation der Pflege haben viele Pflegeanbieter trotz der Fortschritte noch viel aufzuholen, wenn die Pflichtanbindung an die Telematikinfrastruktur für sie mit einem Mehrwert verbunden sein soll. Die Geschwindigkeit der Veränderungen wird wahrscheinlich noch deutlich zunehmen und dabei auch Arbeitsinhalte betreffen. Neben den technischen Herausforderungen werden sich für viele Pflegeanbieter auch Herausforderungen daraus ergeben, die Pflegekräfte bei diesem Wandel nicht nur mitzunehmen, sondern einzubinden.

Insgesamt ist festzuhalten, dass der Einsatz digitaler Pflegetechnologien im Bereich der Arbeitsinhalte bei den von uns befragten Einrichtungen (noch) nicht zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen geführt hat. Eher scheint die Möglichkeit zur Erbringung guter Pflegeleistungen durch den ständigen Zeitdruck noch abgenommen zu haben. Das ist nicht unbedingt auf die digitalen Technologien selbst zurückzuführen, aber durchaus auf die Art, wie sie eingesetzt werden. So bedeutet es eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen, wenn z. B. die auf digitalen Tourenbegleitern installierte Software als tayloristisches

Instrument der Arbeitsintensivierung wahrgenommen wird. Zeitgewinne, die etwa durch den Einsatz digitaler Tourenbegleiter ermöglicht werden, sollten vor dem Hintergrund der ohnehin schlechten Arbeitsbedingungen nicht oder zumindest nicht vorwiegend dazu genutzt werden, dass Pflegekräfte auf ihren Touren mehr Pflegeempfangende versorgen müssen. Und genau das ist bei einigen Pflegeanbietern zu beobachten. Aus Wirtschaftlichkeitsgründen bleibt ihnen womöglich wenig anderes übrig, denn die Zeitvorgaben stammen von den Kostenträgern. Es wäre daher ratsam, wenn erzielte Zeitgewinne zu einer Anpassung der Vorgabezeiten führen würden und Pflegeanbieter zugleich verpflichtet würden, die Vorgabezeiten nicht zu unterschreiten, um pro Tour mehr Pflegeempfangende versorgen zu können. Anders lassen sich weder die Arbeitsbedingungen noch die Pflegequalität verbessern, ohne dass Pflegeanbietern dadurch ein finanzieller Nachteil entsteht.

F6: Welche Arbeitsbedingungen lassen sich zurzeit in Bezug auf die Arbeitsorganisation beobachten und in welchem Zusammenhang stehen sie zu bereits eingesetzten Pflorgetechnologien?

Ein großes Potential des Einsatzes digitaler Pflorgetechnologien aus dem Bereich Informations- und Kommunikationstechnologie liegt sicherlich in der Ermöglichung einer effizienteren Arbeitsorganisation. Viele Pflorgetechnologien zielen gerade darauf ab. Sieht man zunächst noch von den Auswirkungen des Einsatzes bestimmter Technologien ab und befragt Pflegekräfte allgemein nach den aktuellen arbeitsorganisatorischen Gegebenheiten, scheint sich auf den ersten Blick noch nicht viel verändert zu haben. Noch immer müssen Pflegekräfte zu unüblichen Arbeitszeiten arbeiten und das nicht vorhersehbare Einspringen für erkrankte oder aus sonstigen Gründen ausfallende Kolleg:innen ist keine Seltenheit: *„Das ist einfach die Arbeit. Wenn wir dann mal jemanden dabei haben, einen Praktikanten, oder jemand zum Schnuppern. Wenn der dann mal einen Einblick hatte in das Ganze. Dann natürlich die Arbeitszeiten, das flexible. Man kommt in die Arbeit und hat auf einmal einen ganz anderen Dienst. Lauter solche Sachen. Man muss wochenends und feiertags arbeiten. Das sind Sachen, die einfach abschrecken. Und dann sagen sie ‚für dieses Geld suche ich mir etwas anderes‘“*. Der allgemeine Personalmangel hat zusätzlich zur Folge, dass die Erstellung verlässlicher Dienstplänen – mit oder ohne technische Unterstützung – schwierig bleibt: *„Wenn Lücken in Dienstplänen nicht abgedeckt sind gehe ich unbefriedigt nach Hause, wenn ich das nicht geschafft habe, weil ich weiß selbst, wie es ist, auf der Station herumzurrennen und unterbesetzt zu sein“*. Dass der Einsatz digitaler Pflorgetechnologien hier noch keine größeren Verbesserungen der Arbeitsbedingungen ermöglicht hat, entspricht auch der Studienlage. Dennoch lassen sich auch aus Sicht der Pflegekräfte einzelne Verbesserungen identifizieren. So hat die digitale Tourenbegleitung offenbar auch Vorteile mit sich gebracht: *„Ich bin seit einem Monat hier und war vorher in einem Betrieb, da lief alles noch analog. Also, Zettel und mit Dokumappen. (...) das ist schon eine Erleichterung hier. Auch gerade für Neueinsteiger. Dass man eben im Handy alles drin hat in dieser App. (...). Ich kenne den Klienten nicht, okay. Navigation, komme ich hin. Wenn irgendetwas ist, habe die Kontakte von Arzt, Apotheke, Angehörigen, das ist super“*. Auch der Einsatz digitaler Pflegeberichte und Pflegedokumentationen hat offenbar bereits eine Erleichterung der Arbeitsorganisation zur Folge gehabt: *„Also ich finde es gut. Wenn man vor Ort ist, in diesem Haushalt und zum Beispiel telefonisch mit dem Arzt Kontakt aufnimmt aufgrund von Veränderungen, ist beispielsweise nachts gestürzt oder dem geht es schlecht, oder der Arzt ordnet zum Beispiel Insulinänderungen an. Dann kann ich das sofort eintragen und brauche nicht die Mappe. Dann kannst Du (...) zum Beispiel hineinschauen und dann siehst Du genau was war. Telefonat mit Arzt, was der gesagt hat, das kannst Du alles eintragen. Und dann brauchst du nicht alles in der Mappe haben“*. Was allerdings auf Seiten der Pflegekräfte für Beschwerden sorgt, ist die (noch) oft mangelhafte Benutzerfreundlichkeit der auf den

Handys oder Tablets laufenden Branchensoftware. Pflegekräfte haben vor allem das Gefühl, dass ihre praktischen Erfahrungen im Umgang mit der Software nicht zur Kenntnis genommen werden: *„Grundsätzlich sollte diese ganze Software halt uns auch wirklich den Arbeitsalltag erleichtern, was es in vielen Bereichen schon tut. Aber dann kommen Updates, da denke ich mir, hat derjenige, der die Updates macht, kennt der sich aus mit der Arbeit? Und, wenn man da vielleicht mehr mit eingebunden wird, oder zumindest mal richtig ernst genommen wird, wenn Rückmeldungen kommen, dann wäre das schön. Weil, es ist ja gut. Die Digitalisierung kommt, es wird mehr, es wird bei uns auch mehr mit den Tablets und so weiter und so fort. Aber es sollte es halt nicht komplizierter machen. Wir haben echt schon Stress genug“.*

Die Leitenden äußern sich ausgesprochen sparsam zur Arbeitsorganisation, obwohl sie in den Kernbereich ihrer Arbeit fällt. Nur vereinzelt wird auf die Schwierigkeiten der Mitarbeitenden eingegangen, von denen oft eine hohe arbeitszeitliche Flexibilität verlangt wird. Kritisiert wird häufiger, dass eine effiziente Organisation der Arbeit durch viele unplanbare Ereignisse ständig gestört wird: *„Also Arztvisiten sind nicht planbar, die Ärzte entscheiden immer mal, ja eigentlich gibt es einen festen Visitentag, dann kommen Sie aber doch an anderen Tagen, man muss sich immer irgendwie darauf einstellen, weil man ja doch auch Fragen zu klären hat“.*

Diese Probleme bei der pflegedienst- bzw. einrichtungsübergreifenden Kommunikation, die bei der Diskussion von Forschungsfrage 8 näher in den Blick genommen werden, überdecken jedoch nicht die enormen Fortschritte, die Leitende durch den Einsatz digitaler Informations- und Kommunikationstechnologien in der Organisation der Pflegeprozesse sehen. Der Technikeinsatz der Pflegeanbieter ist sehr heterogen, aber in allen Bereichen wird von Fortschritten berichtet. Das betrifft die digitale Wunddokumentation (*„Gestern ruft mich ein Angehöriger an, wie es denn mit der Wunde bei der Frau ist und digital dokumentiert war, die Wunde ist offen. Das war genau die Information, die er benötigt hat, um es an den Hausarzt weiterzugeben. Kann ich jetzt nachlesen, muss nicht den Mitarbeiter anrufen und fragen ‚hey, wie ist die Wunde‘, sondern ich lese es hier nach und gebe es dem Angehörigen direkt im selben Gespräch weiter.“*), die digitale Dienstplanung und Arbeitszeiterfassung (*„2016 haben wir dann den Dienstplan digitalisiert und damit haben wir relativ lang gut gearbeitet. 2020 in etwa haben wir die Arbeitszeiterfassung und auch den digitalen Dienstplanzugriff von extern aus eingeführt, das war der große Schritt.“*), digitale Patientenakten (*„Wir haben am Anfang noch Patientenakten gehabt, vor Ort, und die haben wir dann nach und nach umgesetzt in digitalisierte Akten, das war auch schon 2019/2020 der Fall. Ich habe ab Februar 2020 eine andere Software genutzt, die ich jetzt auch nutze, und die zielt genau darauf ab, dass man nur noch digital arbeitet.“*), digitale Angebotserstellung (*„Wir machen auch die Aufnahme mit einem Tablet, wo wir dann die Leistungen auch schon direkt planen können und die Angebotspläne direkt den Klienten, den Angehörigen oder auch dem gesetzlichen Betreuer zeigen können. Wo auch gleich ersichtlich ist, was kommt an Eigenanteilen auf sie zu. Weil, das Pflegeversicherungssystem deckelt eben auch nur einen Grundteil und wenn eben ein höherer Hilfebedarf da ist, dann hat man eben auch einen Eigenanteil zu tragen und dadurch arbeiten wir effizienter.“*) und natürlich die digitalen Tourenbegleiter (*„Ansonsten nehmen Sie die Schlüssel von den Klienten von denen wir einen Haustürschlüssel haben. Und nehmen das Handy. Auf dem Handy ist sozusagen die Tour gespeichert, die sie abfahren müssen an diesem Tag. Da sind die Klientendaten hinterlegt. Der Name, die Adresse, eben ihr Auftrag, was zu tun ist.“*).

Leitende vermuten, dass auch die Pflegekräfte die Vorteile des Einsatzes digitaler Pflorgetechnologien aus dem IKT-Bereich erkennen, sehen diese aber interessanterweise

nicht darin, dass hierdurch auf Seiten der Pflegekräfte Zeitersparnisse zu erwarten sind: *„Und diese Chancen sehen schon auch unsere Mitarbeiter teilweise. Dass wir da dann schon einen besseren Zugriff haben. Zeitersparnis ist nicht einmal der Punkt und das wird auch keine große Zeitersparnis sein, weder in der Wunddokumentation noch im Berichteblatt noch in der Pflegeplanung und -anamnese. Aber ein Stück weit hat man ein komfortableres Instrument“*. Diese Einschätzung deckt sich mit den Äußerungen der Pflegekräfte. Weder hat bislang der Zeitdruck nachgelassen (vgl. Forschungsfrage 5), noch hat sich an den ungewöhnlichen Arbeitszeiten und dem häufigen Einspringen für fehlende Kollegen etwas geändert. Beinahe alles, was bislang an Effizienzreserven gehoben worden ist, scheint lediglich dazu geführt zu haben, dass Pflegekräfte in der gleichen Zeit mehr Leistungen abverlangt werden können. Haargenau das sollte aber nicht das einzige Ergebnis des Einsatzes digitaler Pflorgetechnologien sein. Bislang gibt es für Pflegekräfte einige Vorteile bei der Beschaffung von Informationen und bei der Kommunikation. Bei ambulanten Pflegediensten könnte das tägliche Abfahren einer Route für die Pflegekräfte dank der digitalen Tourenbegleiter etwas weniger mit Stress verbunden sein. Allerdings auch nur dann, wenn sie nicht das Gefühl haben, nun unter dem ständigen Einfluss einer laufenden Stoppuhr zu stehen. Die Angaben der Leitenden lassen erkennen, dass die Effizienzzuwächse im Bereich der Arbeitsorganisation schon jetzt deutlich spürbar sind. Sollen durch den Einsatz digitaler Pflorgetechnologien die Arbeitsbedingungen im Bereich der Arbeitsorganisation auch für die Pflegekräfte spürbar verbessert werden, dann ist allerdings noch einiges zu tun.

F7: Welche Arbeitsbedingungen lassen sich zurzeit in Bezug auf das interne Arbeitsumfeld beobachten und in welchem Zusammenhang stehen sie zu bereits eingesetzten Pflorgetechnologien?

Digitale Pflorgetechnologien haben nur begrenzten Einfluss auf die Führungskultur eines Pflegeanbieters. Aber die Führungskultur hat Einfluss darauf, wie Entscheidungen über den Einsatz digitaler Technologien getroffen und in welcher Art und Weise sie eingeführt werden. Entscheidungen können Top-Down oder partizipativ getroffen werden. Selbst wenn Pflegekräfte nicht an Entscheidungen beteiligt werden, können sie frühzeitig über die Einführung von Pflorgetechnologien informiert und der Sinn und Zweck der Einführung erläutert werden. Sowohl die Fokusgruppengespräche mit Pflegekräften als auch die Interviews mit Leitenden legen die Schlussfolgerung nahe, dass die Fachkompetenz von Pflegekräften nicht in den Entscheidungsprozess über die Einführung von Pflorgetechnologien einbezogen wird und das Leitende vorwiegend die Auffassung vertreten, dass auch die Erklärung der Einführung eher simpel ausfallen sollte.

Wenn man die Äußerungen der Pflegekräfte der beiden Fokusgruppen miteinander vergleicht, scheint es bei der Einführung von Pflorgetechnologien zumindest graduelle Unterschiede zu geben. In einer Fokusgruppe laufen die Äußerungen durchgehend darauf hinaus, dass neue Technologien ohne große Erklärung eingeführt werden (*„Es wird in einem kleineren Kreis darüber gesprochen (...) aber im Endeffekt wird es dann verkündet.“* ; *„Aber vielleicht wäre es dann wichtig auch einmal zu begründen warum, weshalb, denn das passiert ja auch nicht. Also, wir stehen quasi dann da und wissen jetzt, okay, die Entscheidung ist getroffen, es wird so gemacht. Aber warum? Das wäre vielleicht dann mal ein Ansatz.“*). Beim anderen Pflegeanbieter wird immerhin von Schulungsangeboten gesprochen, die anscheinend auch ihr Ziel erreicht haben: *„Dann wurden die eingeführt, dann hatten wir auch Schulungen, die auch immer wiederholt wurden, auch wenn wir mehrere neue Mitarbeiter hatten. Klar, ich sage mal so, wenn man 30, 40 Jahre im Beruf ist und alles immer nicht so war, tue ich mich auch schwer mit so einem Handy. Klar haben wir*

alle vorher Panik geschoben, so wie das halt so ist mit Veränderungen“. Es wäre in diesem Fall, trotz der ausreichenden Schulungsangebote, sicher kein Fehler gewesen, den Pflegekräften durch eine ausführliche Erklärung schon vorab die „Panik“ zu nehmen.

Die Leitungskraft eines Pflegeanbieters gibt an, Mitarbeitende schon einbinden zu wollen, aber natürlich gäbe es zwischen Leitenden und Beschäftigten eine Informationsasymmetrie: *„Das versuche ich. Also jetzt für unsere Einrichtung versuche ich das schon, das man auch strategisch mit den Mitarbeitern denkt. Wobei da natürlich wichtig ist, welche Informationen hat man denn tatsächlich, um auch strategisch entscheiden zu können. Das ist immer sehr schwierig“.* An dieser Informationsasymmetrie ließe sich auch nichts ändern, denn die Materie sei kompliziert: *„ (...) aber jetzt um solche Sachen ,wie gehts denn weiter mit der, also wenn wir jetzt die Strategie fahren oder so‘. Aber da glaube ich, hängt es einfach davon ab, oder hängt es daran, dass die so die Tiefe, dass man das gar nicht so vermitteln kann. Ich meine, das merke ich ja selber auch. Da muss man ja regelmäßig irgendwie sich mit dem Thema beschäftigen und sehr intensiv beschäftigen und in vielen Sitzungen und so weiter und so fort. Und selbst dann ist man hinterher nicht unbedingt schlauer. Und wenn ich das den Mitarbeitern nur punktuell so kurz vermitteln kann, dann ist das auch eine ganz normale, logische Reaktion dann. Dann ist das erstmal weg. Es wird dann kommen und dann schaue ich mal.“* Auch bezüglich der Anbindung an die Telematikinfrastruktur folgt man offenbar dieser Vorgehensweise und informiert die Mitarbeitenden höchstens über das absolut Notwendige, wie eine Leitungskraft ausführt: *„Also im Grunde genommen, geht es, ist es eigentlich gar nicht so, dass man jetzt im Vorfeld bei der TI-Einführung jetzt viel die Mitarbeiter hätte mitnehmen können, denke ich. Weil, man kann so ein bisschen erklären, worum es geht, aber es wirklich greifbar zu machen?“* Bei einem anderen Pflegeanbieter wird angegeben, früher einmal Arbeitsgruppen mit Mitarbeitenden gebildet zu haben, um über die Einführung neuer Technologien zu reden. Dieses Vorgehen war aber eher informeller Natur: *„Also das ist nichts institutionalisiertes an der Stelle“.* Zwar gäbe es Projekte, deren Konzeption aus der Pflegeeinrichtung selbst stammten, aber eher nicht auf Grundlage von Ideen der eigenen Mitarbeitenden: *„Es gibt langfristige Projekte, die aus der Station heraus geboren werden. (Nachfrage des Moderators: Von Mitarbeitenden dann auch?) Von Mitarbeitenden, die aus anderen Einrichtungen kommen und neue Ideen mitbringen, von Führungskräften, von den oberen Führungskräften“.* Auch der/die Leitende eines weiteren befragten Pflegeanbieters ist sich gewiss, dass seine/ihre Expertise letztlich weit über jener der Mitarbeitenden angesiedelt ist, sodass man diese nicht überfordern dürfe: *„Die spannende Frage ist immer, was ist leicht umsetzbar und wie viel auf einmal verträgt der Mitarbeitende? Wenn ich alles umsetzen würde, was mir schon im Kopf vorschwebt, dann wäre das eine Menge. Dann wäre schlichtweg das System und auch die Mitarbeitenden schlichtweg überfordert“.*

Dass es durchaus auch anders gehen kann, zeigt ein Beispiel, dass mit Pflegetechnologien nichts zu tun hat, bei dem es aber um eine strategische unternehmerische Entscheidung ging. Zwar fehlt bei diesem Beispiel die Mitarbeitendenperspektive, doch selbst wenn man hinter den völligen Wahrheitsgehalt der Aussage ein kleines Fragezeichen setzen kann, weist sie doch darauf hin, dass eine vermehrte Partizipation der Mitarbeitenden durchaus möglich sein könnte: *„Also, wenn es um langfristige Entscheidungen geht...ich habe ja jetzt gerade einen Pflegedienst gekauft, der eine Palliativzulassung hat (...). Und da habe ich Anfang letzten Jahres diese Idee einfach mal in den Raum geworfen und habe mal nachgefragt, wie das denn wäre, wenn wir auch Palliativleistungen erbringen möchten, wo alle Mitarbeiter gesagt haben ,das machen wir doch so oder so schon‘ (...). Von da hatte ich das „Go“ sozusagen auch von meinem Team, weil ich mag Entscheidungen nicht hier alleine*

treffen, ich finde da muss man...man muss gemeinschaftlich so eine Idee reinwerfen und anpacken.“)

Im Großen und Ganzen werden aber die Ergebnisse anderer Studien bestätigt. Obwohl immer wieder darauf hingewiesen wird, dass eine echte Mitarbeitendenbeteiligung bei der Einführung neuer Pflegetechnologien erhebliche Vorteile mit sich bringt, wird davon selten Gebrauch gemacht. Die Führungskultur in der Pflege scheint tatsächlich ausgesprochen hierarchisch zu sein, was sowohl die Akzeptanz neuer Technologien seitens der Pflegekräfte als auch ihre effiziente Verwendung behindern kann. Eine Top-Down-Einführung verringert zudem die Wahrscheinlichkeit, dass neue Technologien tatsächlich dazu genutzt werden, die Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege zu verbessern. Denn wie sich diese verbessern lassen, wissen an erster Stelle die Pflegenden selbst.

F8: Welche Arbeitsbedingungen lassen sich zurzeit in Bezug auf das externe Arbeitsumfeld beobachten und in welchem Zusammenhang stehen sie zu bereits eingesetzten Pflegetechnologien?

Zum externen Arbeitsumfeld der Pflege zählen die Gesellschaft bzw. die gesellschaftliche Anerkennung des Pflegeberufs, die Politik und insbesondere die Gesundheitspolitik mit ihrem großen Einfluss auf die Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege und andere Akteure des Gesundheitssystems, die mit Pflegeanbietern zusammenarbeiten. Andere Leistungserbringer des Gesundheitssystems werden bei der Diskussion von Forschungsfrage 10 genauer unter die Lupe genommen, sodass es im Folgenden ganz hauptsächlich um die wahrgenommene gesellschaftliche Anerkennung des Pflegeberufs und insbesondere um den Einfluss der Gesundheitspolitik auf die Langzeitpflege geht.

Zur gesellschaftlichen Anerkennung des Pflegeberufs äußerten sich Pflegekräfte eher nebenbei, da die Thematik in den Fokusgruppen nicht spezifisch angesprochen wurde. Dabei verbanden sie zwei Dinge: Ihre gefühlt nicht vorhandene gesellschaftliche Lobby und die daraus resultierende Ignoranz der Gesundheitspolitik gegenüber ihren Arbeitsbedingungen (*„Ja und das finde ich ist der ganz wichtige Angelpunkt. Stellenwert in der Gesellschaft für uns. Unsere Lobby zu verbessern, ich finde, das ist das Allerwichtigste. Und, dass das nicht alles so leere Versprechungen bleiben.“* ; *„Ja, das kommt alles von oben was schlecht ist. Wir sind doch nur eine Miniameise da unten.“* ; *„Ich finde immer noch, dass das, was uns versprochen wurde von den Politikern, das sind alles so Schaumblasen gewesen, die sie so aufgeschlagen haben. Da ist nichts mehr da, ja. Wir sind immer noch da unten der letzte Teppich, Putzlappen.“*). Danach gefragt, ob die zunehmende Digitalisierung daran etwas ändere, fällt die Antwort so negativ aus, wie es wohl zu erwarten war: *„Wird dadurch unsere Lobby verbessert? (...) Unser Stand in der Gesellschaft?“*.

Interessanterweise geht es bei diesen Beschwerden nie um die Bezahlung von Pflegekräften. Dieses Thema wurde von Pflegekräften in diesem Zusammenhang überhaupt nicht ins Spiel gebracht. Wie andere Studien gezeigt haben, rangiert die Bezahlung in den Präferenzordnungen der Pflegekräfte nicht weit oben, die sonstigen Arbeitsbedingungen sind ihnen viel wichtiger.

Leitende von Pflegeanbietern sprechen vereinzelt an, dass ihnen eine gleichberechtigte Stellung der Pflege unter den Gesundheitsakteuren wichtig ist: *„Das man die Pflege auch so ein bisschen als gleichberechtigt wahrnimmt und nicht nur als Befehlsempfänger oder Ausführende, das ist auch etwas, das ganz wichtig ist“*. Hauptsächlich ging es diesbezüglich wieder um die Frage, welche Kompetenzen Pflegefachkräfte besitzen sollten. Wie schon unter Forschungsfrage 4 ausgiebig diskutiert, unterschieden sich die Meinungen der

Leitenden, ob mit einem Kompetenzzuwachs eine Aufwertung des Pflegeberufs verbunden sei oder Pflegefachkräfte höchstens als Ausfallbürgen ärztliche Leistungen übernehmen dürfen. Was den befragten Leitenden von Pflegeanbietern aber weit schwerer im Magen lag, waren gesundheitspolitische Entscheidungen. Insbesondere zeitliche Ankündigungen oder Fristsetzungen, die dann später – wie bei der Pflichtenbindung der Pflegeanbieter an die Telematikinfrastruktur – weiter in die Zukunft verschoben wurden, sorgen bei vielen Pflegeanbietern entweder für Frust („*Ich habe nie Einführungen im Gesundheitssystem erlebt, die anders verlaufen. Da war noch nie etwas, was beschlossen wurde, dass es in drei Jahren kommt und dann kam es in drei Jahren. Das kam erstens nie so und zweitens nie dann.*“ ; „Also, es [Hinweis: die Verschiebung der TI-Einführung] *hat auf jeden Fall - wahrscheinlich weniger bei den Mitarbeitenden, die nehmen das zur Kenntnis - bei uns als Leitungspositionen auf der oberen und mittleren Leitungsebene, hat es schon für Verunsicherung gesorgt, ganz klar. Und das ist jetzt nicht unsere Einzelmeinung, sondern wir sind ja auch mit den Geschäftsführern im Landkreis bzw. Landkreisen [örtlicher Landkreis] und [Nachbarlandkreis] gut vernetzt.*“) oder für resigniertes Schulterzucken „*Nee, deswegen, ich habe ja gar keine Erwartungshaltung, daher kann ich nicht frustriert sein. Die müsste ich ja haben*“. Unabhängig von der Reaktion, sind die Folgen der ständigen Terminverschiebungen gravierend. Zum einen sorgt die Unglaublichkeit von Fristsetzungen dazu, dass Pflegeanbieter sie nicht ernst nehmen und nicht handeln, sodass dem Gesetzgeber letztlich nichts anderes übrig bleibt, als die Frist tatsächlich zu verschieben: „*Es (Hinweis: die Verschiebung der TI-Pflichtenbindung) hat mich nicht überrascht, weil ich eigentlich schon da sehr, sehr gleichgültig geworden bin, was die Fristsetzungen von politischen Zielen so angeht, weil es gibt da immer wieder Zielsetzungen, die einfach nicht eingehalten werden und damit sinkt eben auch die Glaubwürdigkeit. Weil, das war ja nicht der Einzelfall mit der Telematik, das andere war ja genauso wie mit dem Beschäftigungsverzeichnis. Das verlief sich jetzt auch im Sande, das führt aber wiederum dazu, dass sich jeglichen Veränderungsprozessen ziemlich gleichgültig entgegengehe und sage ‚Ich mache erstmal gar nichts‘*“. Zum anderen sorgen plötzliche Fristverschiebungen nicht dafür, dass die Nutzungsbereitschaft einer neuen Technologie hoch ist – was in den Jahren zuvor bezüglich der TI auch schon bei anderen Akteuren des Gesundheitssystems zu beobachten war: „*Das ist einfach richtig verunsichernd und ist nicht gerade vertrauensbildend. (...). Wenn ein Prozess, der schon sehr viel Neues mit sich bringt, dann so unglücklich startet, das ist nicht unbedingt ein Vertrauensvorschuss dann.*“). Hinzu kommt, dass sich Pflegeanbieter sehr schlecht informiert fühlen, wenn es mal wieder zu Planänderungen der Gesundheitspolitik kommt: „*Dieses hin und her, betrifft es uns nun, betrifft es uns nun nicht. Auch von unseren Trägerverbänden sind dann auch teilweise unterschiedliche Informationen kursiert. Der Softwareanbieter sagt das eine, der Trägerverband sagt etwas anderes. In zwei drei Wochen ist es dann schon wieder umgekehrt*“. Zwar wird in diesem Zitat die Gesundheitspolitik nicht direkt für die schlechte Informationslage verantwortlich gemacht, es sollte jedoch eigentlich erst gar nicht so weit kommen, dass Pflegeanbieter ihre Informationen über Fristverschiebungen von Softwareanbietern erfragen müssen. Ambulante Pflegedienste bewegt noch ein weiteres gesundheitspolitisches Thema. Sie haben das Gefühl, dass der stationären Pflege bei gesundheitspolitischen Entscheidungen ein zu hoher Stellenwert zukommt, zumal die ambulante der stationären Pflege, was die Zahl der versorgten Pflegeempfangenden betrifft, längst den Rang abgelaufen hat („*Da gehören nicht nur die Trägerverbände, sondern aus meiner Sicht auch die Praktiker mit an den Tisch. Denn die müssen es nachher umsetzen. Dann muss man es so gestalten, dass es nachher umsetzbar ist. Und zwar nicht nur in der stationären Pflege, sondern auch in der ambulanten Pflege, in der manche Voraussetzungen eben doch wieder anders sind und wir oft das Gefühl haben, dass an den Tischen, an denen Entscheidungen getroffen werden, hauptsächlich Vertreter stationärer Träger sich*

versammeln.“ ; „Und das ist in großen Diskussionen immer nur von Krankenhäusern und Pflegeheimen die Rede und ambulante Pflege oder die häusliche Pflegesituation, die wandert unter den Tisch. Obwohl das eigentlich eine viel größere Masse ausmacht als diese anderen Bereiche.“) Diese Kritik ist vor dem Hintergrund der Stoßrichtung digitaler Pflorgetechnologien nicht ohne Belang. Viele Pflorgetechnologien aus dem IKT-Bereich sind auf die Bedürfnisse ambulanter Pflegedienste zugeschnitten und können entsprechend vor allem dort zu Effizienzgewinnen beitragen. Gleichzeitig liegt die ambulante Pflege hinsichtlich ihres Digitalisierungsgrades zum Teil deutlich hinter der stationären Pflege zurück, was unter anderem daran liegt, dass sie ihre Investitionskosten nicht wie stationäre Pflegeeinrichtungen auf Pflegeempfangende umlegen und entsprechend nicht refinanzieren können.

Zusammenfassend haben sich die externen Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte nicht verbessert. Das war auch nicht zu erwarten, denn die gesellschaftliche Anerkennung des Pflegeberufs hat vermutlich noch wenig mit der Digitalisierung der Pflege zu tun und mangels Anbindung an die Telematikinfrastruktur konnten sich auch noch keine Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern des Gesundheitssystems ergeben. Von der Gesundheitspolitik hielten die von uns befragten Pflegekräfte nicht viel, obwohl es zum Befragungszeitpunkt bereits erhebliche Gehaltssteigerungen im Rahmen des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes gegeben hatte. Pflegekräften scheint die Bezahlung tatsächlich weit weniger wichtig zu sein als die sonstigen Arbeitsbedingungen, und diesbezüglich fühlen sich Pflegekräfte ohne Lobby. Wie schon mehrfach erwähnt, muss es Aufgabe der Gesundheitspolitik sein, dass die Effizienzgewinne, die eine digitale Transformation der Pflege ermöglicht, auch zu besseren Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte führen. Die Leitenden der Pflegeanbieter beklagen vor allem die Unsicherheit politisch gesetzter Fristen oder sonstiger Ankündigungen. Sie fühlen sich schlecht informiert und – ähnlich wie die Pflegekräfte – nicht ganz ernst genommen. Das gilt vor allem für ambulante Pflegedienste. Diese haben bei der Digitalisierung noch sehr viel aufzuholen und es sollte Aufgabe einer vorausschauenden Gesundheitspolitik sein, die dazu notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen, anstatt fortgesetzte Erwartungen zu frustrieren.

III.5. Die Nutzung digitaler Pflorgetechnologien sowie die Erwartungen und Herausforderungen einer TI-Anbindung

(a) Ergebnisse der Literaturanalyse

In der vorliegenden Studie werden digitale Pflorgetechnologien nach vier Einsatzfeldern bzw. Funktionsbereichen unterschieden:

1. Interne Informations- und Kommunikationstechnologien (Interne IKT). Dieser Funktionsbereich umfasst alle Digitalisierungstechnologien, die sich auf die pflegedienst- bzw. einrichtungsinterne Erfassung, Kommunikation, Verarbeitung und Nutzung relevanter Informationen und Daten sowie auf die Vernetzung der internen Datenflüsse auswirken.

2. Einrichtungsübergreifende Informations- und Kommunikationstechnologien (Externe IKT). Dieser Funktionsbereich umfasst alle Digitalisierungstechnologien, die sich auf die pflegedienst- bzw. -einrichtungsübergreifende Erfassung, Kommunikation, Verarbeitung und Nutzung relevanter Informationen und Daten auswirken. Es geht also um alle Informations- und Kommunikationsprozesse mit anderen Akteuren oder Institutionen, die koordiniert und/oder kooperativ für Pflegeanbieter wichtige Dienstleistungen erbringen.

3. Technische Assistenzsysteme zur Unterstützung von Pflegekräften. Dieser Funktionsbereich umfasst alle Digitalisierungstechnologien, die sich auf die Durchführung von Pflege- und Betreuungsleistungen auswirken, aber im Regelfall nicht mit anderen Digitalisierungstechnologien vernetzt sind, die der Erfassung, Kommunikation, Verarbeitung und Nutzung relevanter Informationen und Daten dienen.

4. Technische Assistenzsysteme zur Unterstützung von Pflegeempfangenden. Dieser Funktionsbereich umfasst alle Digitalisierungstechnologien, die sich auf die Unterstützung der Lebensführung von Pflegeempfangenden auswirken, ohne das hierzu der Einsatz von Pflegekräften notwendig wäre. Hierzu zählen vor allem Digitalisierungstechnologien aus dem Bereich der Altersgerechten Assistenzsysteme bzw. des „Ambient Assisted Living“ (AAL).

Eine These dieser Studie ist, dass erhebliche Digitalisierungsreserven besonders dann erschlossen werden können, wenn eine Vernetzung sekundärer Prozesse der Pflege mit primären Pflegeprozessen gelingt. Viele Digitalisierungstechnologien lassen sich auch als „Insellösungen“ einsetzen, aber vor allem die Vernetzung mit anderen Technologien ermöglicht die integrierte Erfassung, Kommunikation, Verarbeitung und Nutzung relevanter Informationen und Daten, die in Pflegeprozessen anfallen. Endpunkt bzw. Ziel eines vollständig integrierten Systems der primären und sekundären Pflegeprozesse wäre ein Primärsystem, in dem alle relevanten Informationen enthalten und stetig fortgeschrieben werden. Ein solches System lässt sich auch als Basisinfrastruktur beschreiben, dessen Vorhandensein Pflegedienste und -einrichtungen in die Lage versetzt, eine Vernetzung mit einrichtungsübergreifender IKT – vor allem im Rahmen der Telematikinfrastruktur – optimal nutzen zu können.

Ausgehend von diesen Überlegungen wurden Studien ausgewertet, die sich mit dem bisherigen Digitalisierungsgrad von Pflegediensten und -einrichtungen bzw. den dabei eingesetzten Technologien befassen. Als Nachteil stellte sich dabei heraus, dass bislang noch keine Studie vorliegt, die den Grad der pflegedienst- bzw. -einrichtungsinternen Vernetzung von Digitalisierungstechnologien untersucht hat. Es liegen daher keine Daten darüber vor, wie viele Pflegedienste und -einrichtungen bereits über eine Basisinfrastruktur verfügen, die eine Erschließung des Mehrwerts einer Anbindung dieser Pflegedienste und -einrichtungen an die Telematikinfrastruktur ermöglicht. Die vorhandenen Studien lassen aber qualifizierte Schlüsse darauf zu.

Zunächst wurden Studien analysiert, die übergreifend den Digitalisierungsgrad von Pflegediensten und -einrichtungen untersucht haben. Die vorhandenen Studien weisen zwar darauf hin, dass der Digitalisierungsgrad eines Teils der Pflegedienste und -einrichtungen zunimmt. Doch selbst bei optimistischen Annahmen deuten die neuesten zur Verfügung stehenden Daten darauf hin, dass mindestens 59 Prozent der ambulanten Pflegedienste und 53 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen noch weit bis sehr weit vom Vorhandensein einer Basisinfrastruktur entfernt sind und somit auch bei einer Anbindung an die Telematikinfrastruktur kaum oder überhaupt nicht in der Lage wären, ihre Dienste und Anwendungen so zu nutzen, dass damit ein Mehrwert verbunden wäre.

Es wurden dann Studien analysiert, die untersuchen, wie weit die Digitalisierung in verschiedenen funktionalen Bereichen der Pflegedienste bzw. -einrichtungen fortgeschritten ist. Zusammenfassend lässt sich mit Blick auf die verschiedenen Studien erstens sagen, dass vor allem stationäre Pflegeeinrichtungen bereits in vielen Bereichen größere Digitalisierungsfortschritte machen als ambulante Pflegedienste. Das könnte daran liegen, dass ambulante Pflegedienste im Durchschnitt kleinere Pflegeanbieter mit weniger Personal, Pflegeempfangenden und vor allem finanziellen Spielräumen für Investitionen sind. Zweitens liefern die Studien nur sehr wenige Informationen über die Vernetzung der verschiedenen

Funktionsbereiche der Pflegeanbieter. Der Grad der Digitalisierung der verschiedenen Funktionsbereiche streut sehr stark, was eher für das Vorhandensein einer Vielzahl von „Digitalisierungsinseln“ spricht. Auch der relativ geringe Digitalisierungsgrad des Bereichs Informations- und Dokumentenmanagement scheint eher für eine relativ geringe Vernetzung zu sprechen. Das trifft nach den Ergebnissen dieser Studien vor allem auf ambulante Pflegedienste zu, bei denen z. B. die Pflegeplanung und -dokumentation auch weiterhin noch in vielen Fällen zum Teil oder sogar vollständig in Papierform erfolgt.

Während eine Betrachtung des Digitalisierungsgrades verschiedener Funktionsbereiche von Pflegediensten und -einrichtungen einen tieferen Einblick in das Digitalisierungsgeschehen ermöglicht, kann dieser nochmals verfeinert werden, wenn untersucht wird, welche Digitalisierungstechnologien Pflegeanbieter überhaupt nutzen. Daher wurden zusätzlich Studien analysiert, die Aufschluss über den Einsatz spezifischer Digitalisierungstechnologien in Pflegediensten und -einrichtungen geben. Ein Ergebnis dieser Studien ist, dass der Einsatz von Pflegerobotik und AAL-Technologien so gut wie keine Rolle spielt und von Pflegeanbietern auch nicht erwartet wird, dass sich an dieser Situation in näherer Zukunft etwas ändert. Die Studien zudem, dass nur eine Minderheit von Pflegeanbietern über eine Basisinfrastruktur verfügt, auf deren Grundlage die Nutzung der Telematikinfrastruktur mit einem Mehrwert verbunden wäre. Unsere Schätzung auf Grundlage dieser Studien ist, dass sogar 70 Prozent der ambulanten Pflegedienste und 52 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen zum Befragungszeitpunkt im Juni 2023 in jedem Fall nicht über ein solches System verfügten. Und lediglich 20 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen und 16 Prozent der ambulanten Pflegedienste verfügten im Juni 2023 über Anwendungen, die einen Austausch mit anderen Leistungserbringern ermöglichen. Angeschlossen an die TI waren zu diesem Zeitpunkt erst 4 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen und 3 Prozent der ambulanten Pflegedienste. 16 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen und 31 Prozent der ambulanten Pflegedienste planten einen Anschluss bis spätestens 2024. Da Pflegeanbieter zu diesem Zeitpunkt noch davon ausgehen mussten, dass ein Anschluss zum 1. Januar 2024 Pflicht wird, sind das sehr niedrige Zahlen. Vor diesem Hintergrund wird auch die Pflicht für Pflegeanbieter, bis zum 1. Juli 2025 einen Anschluss an die TI durchzuführen, von erheblichen Problemen begleitet werden. Zwar wurde die Frage der Refinanzierung der TI-Anbindung im April 2024 durch eine Finanzierungsvereinbarung des GKV-Spitzenverbandes mit den Verbänden der Pflegeanbieter auf Bundesebene geklärt. Die erheblichen Kosten, die auf viele Pflegeanbieter zukommen, wenn sie zunächst ihre bestehenden Systeme so umgestalten (oder ersetzen), dass ein nutzenbringender Anschluss an die TI ermöglicht wird, werden allerdings nicht erstattet.

(b) Bedeutung für die Studie

Für Pflegeanbieter wird ein Anschluss an die Telematikinfrastruktur nur dann mit einem Mehrwert verbunden sein, wenn sie über eine Basisinfrastruktur im Sinne einer Vernetzung aller relevanten digitalisierbaren Prozesse der primären und sekundären Pflege verfügen. Von daher war es von großem Interesse, welchen Digitalisierungsgrad die befragten Pflegeanbieter aufweisen, in welchen Funktionsbereichen der Pflege die Digitalisierung hauptsächlich (nicht) erfolgt, welche digitalen Pflegetechnologien dabei eingesetzt werden und in welchem Ausmaß diese miteinander vernetzt sind.

(c) Ergebnisse der Interviews und Fokusgruppenbefragungen

F9: Welche Digitalisierungstechnologien werden von Pflegediensten und -einrichtungen in bereits eingesetzt und in welchem Ausmaß sind die im Bereich der internen IKT eingesetzten digitalen Pflegetechnologien miteinander vernetzt?

Die Auswertung aktueller Studien hat ergeben, dass Systeme aus den Bereichen „Technische Assistenzsysteme zur Unterstützung von Pflegekräften“ und „Technische Assistenzsysteme zur Unterstützung von Pflegeempfangenden“, mit wenigen Ausnahmen noch kaum von Pflegeanbietern eingesetzt werden. In der vorliegenden Studie wurde nach dem Einsatz von Robotik und AAL-Technologien in der Pflege sowie den Einstellungen zum Einsatz dieser Systeme gefragt. Einen sinnvollen Einsatz von Pflegerobotik können sich die befragten Pflegekräfte kaum vorstellen. Wenn überhaupt, dann wird ein Einsatz im Bereich pflegefremder Tätigkeiten für möglicherweise hilfreich gehalten: *„Ob ich jetzt einen Service-Roboter habe, oder - also von diesen Paro-Geschichten, da halte ich nicht viel, muss ich ehrlich sagen. Aber so ein Service-Roboter, das kann ich mir gut vorstellen, das wäre ich auch gern bereit mal so etwas auszuprobieren hier im Haus. Wirklich aufs Essen verteilen, also so pflegefremde Tätigkeiten zu minimieren“*. Beim Transport von Nahrungsmitteln wird aber auch bereits die Grenze gezogen. Sobald es um direkten Kontakt mit zu pflegenden Personen geht, sollten Pflegeroboter nicht zum Einsatz kommen: *„Also das Essen bringen. So anfahren, könnte ich mich noch drauf einlassen, aber Essen reichen, nee“*. Dabei geht es nicht darum, dass Pflegekräfte die Befürchtung hätten, sie könnten durch Roboter ersetzt werden – was technologisch zurzeit auch noch nicht annähernd möglich ist. Sie lehnen Roboter, die tatsächliche Pflegeaufgaben übernehmen, deshalb ab, weil der menschliche Kontakt zu den Pflegeempfangenden ein wichtiger Teil der Pflegeleistung ist: *„Aber diese Roboter, die da durch die Gegend laufen und dann anfangen mit den Leuten zu sprechen. Also ich finde (...), da fehlt ja komplett die menschliche Beziehung. Ich persönlich fände das nicht gut. Gerade so, wenn ich an Demenzkranke denke (...). Könnte ich mich, glaube ich, nicht mit anfreunden.“*. Leitende von Pflegeanbietern sehen das sehr ähnlich. Auch sie betonen, dass die persönliche Beziehung zu Pflegeempfangenden wichtig sei. Ein Roboter könne das nicht leisten: *„Dann fehlt da eben auch die Beziehungsqualität, dieses was die Menschen eigentlich ja auch brauchen, diese menschliche Wärme, die Kommunikation, die Mimik, die Gestik, der Gesichtsausdruck“*. Für pflegerische Tätigkeiten, die tatsächlich unterstützend wirken könnten, seien Roboter schon deshalb ungeeignet, weil sie die Reaktionen der Pflegeempfangenden nicht richtig deuten könnten, was zu schwerwiegenden Fehlern führen könne. Das wird am Beispiel eines (fiktiven) Roboters erläutert, der Mobilitätsübungen mit Pflegeempfangenden durchführt: *„Der Pflegeroboter macht bspw. immer die Arme hoch und sagt ‚Arme hoch und Arme runter‘ und eine sitzt da mit einer Arthrose und hat entweder Schmerzen und kriegt den Arm vielleicht nicht hoch und macht das so hoch, dass sie vielleicht eine Fehlbewegung macht, und der Roboter wird das gar nicht erkennen, dass dieser ältere Mensch diese Bewegungsübung völlig falsch macht und damit hat man natürlich weitere Gesundheitsprobleme (...)“*. Eine weitere Leitungskraft betont, dass das, was Pflegeroboter leisten könnten, völlig an den momentanen Problemen und Bedarfen der Pflege vorbeigehe. Viel wichtiger sei es, die Kommunikation zu optimieren – im geschilderten Fall die Kommunikation mit anderen Leistungserbringern des Gesundheitssystems: *„Aber das, was die Pfleger als Hauptproblem sehen, das sind eigentlich diese Kommunikationsverluste. Also ich bin gerade in der Pflege, dann klingelt das Telefon. Nee, ich kann nicht ran gehen. (...). Also so dieses gedankliche Mitnehmen immer in den ‚ah, jetzt muss ich noch das. und da muss ich noch anrufen, den habe ich nicht erreicht.‘ Also, das ist glaube ich etwas, das ein ganz wesentlicher Punkt ist, deswegen ist das für mich erstmal der Schwerpunkt.“*) Tatsächlich setzte auch keiner der im Rahmen dieser Studie befragten Pflegeanbieter Pflegeroboter ein. Einschränkend muss aber darauf hingewiesen werden, dass nur eine stationäre Pflegeeinrichtung befragt wurde. Für ambulante Pflegedienste ist der Einsatz von Pflegerobotern ohnehin wenig sinnvoll.

AAL-Technologien werden weit positiver gesehen. Das gilt sowohl für AAL-Technologien, die Pflegekräfte unterstützen, als auch für AAL-Technologien in der Häuslichkeit der Pflegeempfangenden. Diese Technologien, z. B. Sensormatten, die bei Stürzen von

Pflegeempfangenden ein Signal senden, werden von Pflegekräften aus dem stationären Bereich als potenziell sehr hilfreich bzw. entlastend eingeschätzt: *„Das ist natürlich praktisch. Also gerade nachts, wir sind ja nachts nur zu zweit im gesamten Haus. Und wenn man sich jetzt oben auf der Ebene 4 aufhält und jetzt unten auf der Null jemand ruft, das kriegt man dann erst recht spät mit. Je nachdem wie laut halt der Schrei ist, klar. Da wäre sowas natürlich praktisch“*. Gleiches gilt für Mobilisierungsbetten mit erweiterten Funktionen: *„Also, es gibt ja schon coole Sachen. Letztens habe ich gerade so ein Pflegebett gesehen, das sich komplett dreht, ja, das ist für die Mobilisation. Sowas finde ich praktisch, könnte ich mir gut vorstellen“*. Wichtig ist natürlich, dass die Technologien bereits ausgereift sind, was scheinbar nicht immer der Fall ist. Das wird von einer Pflegekraft am Beispiel einer offenbar technisch nicht ausgereiften Sensormatte erläutert: *„Wir hatten die ganze Zeit nur so Klingelmatten, da war eine blaue Matte und darunter war so eine - über was lief das denn? (...) Auf jeden Fall hat die dann auch einen Klingelton von sich gegeben, aber das war so leise und das Teil hat halt auch eben angeschlagen, sobald da jemand drauf stand. Also es ist nichts passiert, sondern derjenige ist nur zur Toilette und dann hat das Teil angeschlagen. Dann ist man umsonst gerannt“*. Vielleicht sind die Zweifel an der technologischen Reife ein Grund dafür, dass der Einsatz von Sensormatten von Leitenden zum Teil noch skeptisch beurteilt wird: *„So auch dieses AAL, ja man kann viel machen (...). Ich denke man guckt erst einmal was ist tatsächlich umsetzbar, wie entwickelt man das weiter, was bringt dem Mitarbeiter was“*. Ambulante Pflegedienste sehen einen Nutzen von AAL-Technologien in der Wohnung von Pflegeempfangenden sowohl dann, wenn sie als Unterstützung von zu pflegenden Personen eingesetzt werden, als auch für den Fall, dass über verschiedene Sensoren ein möglicher Notfall gemeldet wird: *„Aber was sehr gut wäre, es gibt sehr gute Systeme, die man auch in der Häuslichkeit einsetzt, und da finde ich das sehr gut, wenn man da so elektronische Unterstützung hätte, (...) z.B. Hausnotrufsysteme mit zum Drücken, aber es gibt auch Systeme, die man hinterlegen kann an die Lichtschalter, dass regelmäßig das Licht aus- und angemacht wird, dass regelmäßig die Klospülung betätigt wird, dass regelmäßig vielleicht die Jalousien hoch und runter gemacht werden, elektronisch oder so. Und wenn dann eben das nicht mehr passiert, innerhalb eines Zeitfensters, wo es eigentlich passieren sollte, (...) genauso Wasserhahn an und aus, oder Kaffeekocher oder was auch immer, oder Kühlschrank, (...) wenn da Totenstille ist über einen gewissen Zeitraum, dann muss es ein Alarmsystem geben und da ist die computergestützte Geschichte absolut sinnvoll. Dass es dann eben Systeme gibt, die dann Alarm geben und das dann auch jemand rausfährt“*. Eingesetzt werden solche Systeme aber, mit Ausnahme des Notfallknopfs, in der Praxis nur ausgesprochen selten. Das gilt auch für die im Rahmen dieser Studie befragten ambulanten Pflegedienste.

Pflegetechnologien aus dem Bereich der internen Informations- und Kommunikationstechnologien wurden von allen im Rahmen der Studie befragten Pflegediensten routinemäßig eingesetzt. In allen ambulanten Pflegediensten arbeiteten die Pflegekräfte mit Handy oder Tablets, die als digitale Tourenbegleiter fungierten und zum Teil auch zusätzliche Funktionen besaßen. So ist die Möglichkeit einer digitalen Wunddokumentation häufig bereits integriert und zum Teil wurde auch bereits eine digitale Dokumentation genutzt. Im Bereich der sekundären Pflegeprozesse kam die Arbeitszeit- und Leistungserfassung bereits regelmäßig zum Einsatz, gleiches gilt für die digitale Dienst- und Routenplanung. Digitale Patientenakten haben bei den befragten Pflegeanbietern schon seit längerer Zeit Papierakten abgelöst, obwohl letztere zum Teil noch ergänzend vorhanden sind. Diese Pflegetechnologien wurden in den letzten Jahren inkrementell eingeführt und weitere Digitalisierungsschritte sind geplant. Zum Teil werden auch Digitalisierungstechnologien eingesetzt, die unabhängig von der sonst üblichen Branchensoftware sind, z. B. ein hausinterner Messengerdienst: *„Dann haben wir jetzt eine interne Kommunikationslösung entwickelt, wo wir zum Beispiel, also wenn jetzt in der*

Verwaltung ein Arzt anruft ‚Er kommt nicht heute zur Visite‘, dann kann ich das auf dem Tablet schreiben und dann sehen die das just-in-time, sozusagen. Wie so ein Messenger, ein hausinterner. Was dann auch wieder verschwindet und das ist auch immer an, sodass alle Mitarbeiter sehen, was ändert sich heute. Ja, also Bewohner kommt aus dem Krankenhaus zurück oder solche Geschichten“. Natürlich wird noch nicht alles eingesetzt, was möglich ist, wie die eingesetzten Technologien eines beinahe durchgehend digitale Technologien nutzenden Pflegedienstes zeigt. Hier ist bereits eine digitale Angebotserstellung möglich, es existiert eine Angehörigen-App, Mitarbeitende können die Urlaubsplanung digital vernetzt mit der Dienstplanung durchführen und es existiert eine integrierte E-Learning-App, die Lernfortschritte dokumentiert. Der Einsatz der verschiedenen Technologien in sowohl primären als auch sekundären Prozessen der Pflege zeigt, dass bei den befragten Pflegeanbietern zum Teil auch bereits eine Integration der beiden Pflegeprozessebenen vorliegt. Der Einsatz digitaler Technologien wäre vermutlich noch weitgehender, wenn bei bestimmten Prozessen, etwa der digitalen Abrechnung mit Kostenträgern, nicht noch externe Hindernisse im Weg stehen würden – hierauf wird bei der Diskussion von Forschungsfrage 10 noch näher eingegangen.

Aus dem bereits relativ hohen Digitalisierungsgrad der befragten Einrichtungen könnte man schließen, dass Pflegeanbieter im Großen und Ganzen bereits über eine Basisinfrastruktur verfügen, die für eine mit einem Mehrwert verbundene Nutzung der Telematikinfrastruktur notwendig ist. Zwei Einschränkungen sind jedoch notwendig. Zum einen wurden für die vorliegende Studie Pflegeanbieter ausgewählt, bei denen ein vergleichsweise großes Interesse an digitalen Pflegetechnologien angenommen werden kann; in einem Fall wurde ein Pflegedienst nur deshalb ausgewählt, weil er bereits einen ausgesprochen hohen Digitalisierungsgrad aufweist. Hinzu kommt, dass im Rahmen dieser Studie keine kleinen oder sehr kleinen Pflegeanbieter befragt wurden. Die befragten Pflegeanbieter dürften daher im Vergleich zu allen deutschen Pflegeanbietern einen überdurchschnittlichen Digitalisierungsgrad aufweisen. Zum anderen ist die Vernetzung der primären und sekundären Pflegeprozesse eine notwendige, aber noch keine hinreichende Bedingung für das Vorhandensein einer Basisinfrastruktur. Die hinreichende Bedingung für das Vorliegen einer Basisinfrastruktur ist, dass die verschiedenen digitalisierten Pflegeprozesse nicht nur hier und da miteinander vernetzt sind, sondern dass alle relevanten Prozesse mit dem Primärsystem des Pflegeanbieters als Schnittstelle zur Telematikinfrastruktur vernetzt sind.

Ob eine solche Basisinfrastruktur bei den befragten Pflegeanbietern bereits durchgehend vorliegt, ist jedenfalls fraglich. Dafür gibt es hauptsächlich zwei Gründe. Den ersten Grund könnte man den „Nachteil der inkrementellen Einführung von digitalen Pflegetechnologien“ nennen. Die Digitalisierung hat für viele Pflegeanbieter schon vor vielen Jahren mit der Anschaffung von Verwaltungs- und Buchhaltungssoftware begonnen. Diese Systeme funktionieren sicherlich noch sehr gut und die Mitarbeitenden beherrschen ihre Anwendung bis ins kleinste Detail. Sie sind aber oft veraltet und daher nicht mit den später angeschafften IKT-Technologien bzw. der von diesen verwendeten Branchensoftwarelösungen kompatibel. Da sie Kern der Verwaltung eines Pflegedienstes oder einer Pflegeeinrichtung sind, sind sie aber im Grunde das Primärsystem eines Pflegeanbieters, mit dem zum einen alle anderen digitalen Technologien vernetzbar sein müssen und zum anderen die Anbindung an die Telematikinfrastruktur möglich sein muss. Es mag nicht sehr wettbewerbsfreundlich sein, aber Pflegeanbieter sind, wenn sie alle digitalen Technologien miteinander und mit der Telematikinfrastruktur vernetzen wollen, weitestgehend darauf angewiesen, das Komplettangebot eines Entwicklers von Branchensoftware zu nutzen. Vor diesem Problem standen auch andere Leistungserbringer des Gesundheitssystems, nur hatten sie für eine digitale Auf- und Umrüstung sehr viel mehr Zeit als Pflegeanbieter, weil die Entwicklung der Telematikinfrastruktur einen ungeplant langen Zeitraum in Anspruch genommen hat. Und

selbst mit der langen Vorlaufzeit waren z. B. 2022 erst 43 Prozent der Arztpraxen „voll TI-Ready“, d.h. sie hatten zu diesem Zeitpunkt wenigstens eine Anwendung der Telematikinfrastruktur installiert. Für Pflegeanbieter könnten sich daher bis zum Pflichtanschluss an die TI noch ungeahnte Probleme ergeben, wobei einige der befragten Pflegeanbieter diese Probleme durchaus erkennen: *„Wo wir im Bereich der Digitalisierung eine große Schnittstelle haben, ist der Bereich Leistungsabrechnung hin zu unserer Finanzbuchhaltung. Denn das ist ein separates System. Diese Übernahme der Abrechnungen in unser FiBu-Netz-System, das ist ein Punkt, bei dem wir eine große Schnittstelle haben“*. Der zweite Grund ist, dass das Finden eines guten Komplettanbieters nicht einfach ist, denn der Markt für Pflege-Branchensoftware ist zum einen sehr intransparent, zum anderen sind die Geschäftsmodelle der Anbieter von Branchensoftware zumeist darauf ausgelegt, statt einer teuren Komplettlösung günstigere Leistungsmodule, die einzelne Pflegeprozesse digitalisieren, Schritt für Schritt zu verkaufen bzw. zu lizenzieren. Der inkrementelle Erwerb von Modulen muss für Pflegeanbieter kein Nachteil sein, kann aber auch dazu führen, mit Modulen von Anbietern ausgestattet zu sein, die später Schwierigkeiten haben, eine gute Komplettlösung zu entwickeln. Genau das wird von einigen der befragten Pflegeanbieter berichtet (*„Naja, letzten Endes müssen die auch schauen, dass die das umsetzen, was nachher vorgegeben ist und ein Stück weit waren die jetzt auch in einer Reaktionsposition, mussten reagieren, hatten die Vorgabe 01.01. ist Start, hatten aber nicht mal die Schnittstelle. Das heißt, die waren auch irgendwo in einem luftleeren Raum und in der Schwebe, da sind dann wir auf die Firma zugegangen und haben gesagt, wir würden gerne. Aber die sagen, ja wir können auch noch nicht, wir haben die Infos auch noch nicht.“* ; *„Die große Problematik sehe ich schon für kleinere Anbieter für Softwaresysteme in der Pflege. Der könnte sich ganz schwer tun. Weil das dann alles zu leisten, was da so kommt fast unmöglich ist in meinen Augen. Wie ich gerade sagte, es ist ja auch ein Unding, dass man sagt, man will das so und so machen und die Firmen müssen die Schnittstellen ja programmieren und wissen noch gar nicht, was da kommt, was sie überhaupt programmieren sollen.“*). Die Leitungskraft eines Pflegeanbieters gibt anderen Mitstreitern daher den Rat, die Softwarefrage ganz oben auf die Agenda zu stellen: *„Wenn ich jetzt Unternehmensberater wäre und würde einen neu gegründeten Pflegedienst begleiten, dann würde ich sagen ‚Investiert von vorneherein in eine gute Software, die weitaus teurer ist‘ (...). Mit [Name einer Software], ich weiß nicht, 20.000, 30.000 Euro muss man da schon hinblättern“*. Ob der Preis für das Komplettangebot einer Branchensoftware tatsächlich so hoch sein muss, konnte in dieser Studie nicht geklärt werden. Es wird aber deutlich, dass Pflegeanbieter, deren Digitalisierungsgrad unter dem der von uns befragten, relativ digitalisierungsaffinen Pflegeanbieter liegt, noch mit hohen Investitionen rechnen müssen, wenn sie die Anbindung an die Telematikinfrastruktur (a) bis zum 1. Juli 2025 unter Dach und Fach bringen und sie (b) dann auch gewinnbringend nutzen wollen.

F10: Lässt sich auch bereits ohne Anschluss an die Telematikinfrastruktur eine externe Vernetzung mit anderen Leistungserbringern des Gesundheitssystems identifizieren und woran scheitert eine solche Vernetzung gegebenenfalls?

Die befragten Pflegeanbieter stehen mit einer großen Zahl anderer Akteure des Gesundheitssystems und Kostenträgern in Kontakt. Die genannten Kontakte reichen von 50 bis über 100. Die Kontaktzahl zu den verschiedenen Kostenträgern wird nochmals dadurch erhöht, dass einige von Ihnen Abrechnungsdienstleister nutzen. Mit wie vielen bislang zum Teil noch nicht erwähnten Akteuren ein ambulanter Pflegedienst zu tun hat, erläutert eine Leitungskraft: *„Mit Pflegebedürftigen, mit Vernetzungsstrukturen für die ärztliche Versorgung, d.h. ich hab da auch einen sehr engen Kontakt zu den Arztpraxen aufgebaut, zur Apotheke, zu den ganzen therapeutischen Einheiten hier in [Ortsangabe] wie Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie (...). Wir haben gesetzliche Betreuer, wir haben Sozialdienste, wir haben*

unterschiedliche Apotheken mit denen wir arbeiten, wir haben unterschiedliche Therapeuten mit denen wir arbeiten, unterschiedliche Arztpraxen natürlich, je nachdem, wo die Patienten angedockt sind. Also das kommt schon auf eine relativ hohe Anzahl, wo wir echt uns, wo wir eigentlich die einzigen sind, die gut vernetzen können, weil wir das auch müssen. Wir kriegen oft Patienten aus dem Krankenhaus, die entlassen werden, die keine gute Vernetzung haben und keinen guten Start haben und von daher ist es wichtig das wir dann alles aufbauen, wie zum Beispiel auch Fußpflege zuhause, der Friseur zuhause. Dann haben viele Probleme die Gardinen abzuhängen, Fenster zu putzen, da vermitteln wir auch.“ . Zwar werden nicht alle genannten Institutionen und Personengruppen an die Telematikinfrasturktur angebunden, es zeigt sich jedoch, welche Erleichterungen der Kommunikation und des Informationsaustauschs erreicht werden können, wenn wenigstens mit Gesundheitsdienstleistern und Kostenträgern/Abrechnungsdiensten papierlos über die TI kommuniziert werden kann.

Manche Pflegeanbieter haben bereits vor dem TI-Anschluss eigene Wege der digitalen Kommunikation entwickelt. So berichtet ein Pflegedienst davon, dass ein örtliches Start-Up-Unternehmen im Auftrag des Pflegeanbieters eine App entwickelt hatte, die eine digitale Kommunikation mit der größten örtlichen Arztpraxis ermöglichte. Das Problem war allerdings, dass es neben gutem Willen auch Personal braucht, das die App tatsächlich nutzt. Das war nach Aussage der Pflegekräfte nach einiger Zeit nicht mehr gegeben: *„Also der ursprüngliche Gedanke bei diesem Tablet, dass wir zur Kommunikation mit Praxis [Arztpraxis im Ort] hatten, da hätte ursprünglich auch der Apotheker mit eingebunden werden können. Das wäre eine saubere Sache gewesen, wenn immer auf das Tablet geschaut worden wäre. Auch in der Arztpraxis, da hat es gehapert. (...) Mit der Besetzung in der Arztpraxis, die haben ja nicht drauf geschaut oder (...) ja. Aber von der Idee her, war das nicht schlecht.“* Der betroffene Pflegeanbieter wartet nun ungeduldig auf eine Vernetzung über die TI. Es besteht offenbar ein großer Bedarf nach einer solchen Lösung: *„Weil ich einfach auch weiß, dass hier in [Ort] und Umgebung, dass eben viele Ärzte eigentlich schon angeschlossen sind. Wir haben jetzt drei Arztpraxen, die sich daran beteiligen, die eigentlich nur darauf warten, dass wir es auch machen. Dann eine Apotheke ist dabei, insofern haben wir da eigentlich schon einen ganz, es sind eigentlich alle Ärzte mit dabei und die Fortführung mit unserer [hausinternen App] oder der [externe Kommunikations-App], die halt nur so eine Zwischenlösung sein konnte.“*

Dass Pflegeanbieter große Hoffnungen auf die TI-Anbindung setzen, liegt aber nicht nur an der Zahl ihrer Kontakte. Ein weiterer und noch entscheidender Grund ist, dass die jetzigen Informations- und Kommunikationswege hochgradig ineffizient sind und Pflegeanbietern und Pflegekräften Zeit und Nerven kosten. Pflegekräfte schildern auffallend häufig, dass es bereits schwierig ist, mit Ärzten und Ärztinnen überhaupt persönlich Kontakt aufzunehmen. Dabei geht es nicht nur um einige Stunden, Kontaktversuche können sich über Tage erstrecken: *„Heute ist Donnerstag, am Montag hat das Ganze angefangen, dass wir bei drei Bewohnern wichtige Sachen abzuklären hatten. Und das hat jetzt heute erst im Endeffekt geklappt, das abzuklären. Und das ist dann halt einfach frustrierend, weil das halt einfach Zeit ist, die für uns verloren geht, obwohl die Sache eigentlich schon viel viel schneller hätte geklärt werden können. (...) Und das ist dann auch auf allen Wegen. Wir versuchen es dann über das Telefon, über Fax, (...). Ja und dann gehen halt Tage ins Land, wo nichts erreicht wurde, außer Zeit verloren.“* Wenn Arztpraxen überhaupt noch telefonisch erreichbar sind, landen Pflegekräfte in endlosen Warteschleifen: *„Also beim Arzt ist oft Warteschleife, da muss man manchmal fünf, sechs Mal anrufen, wenn das reicht. Und dann ist man hier [in der zentralen Station] und denkt, ich rufe nachher an. Dann ist 12:15 Uhr und die Praxis hat geschlossen, oder man geht heim und hat es vergessen.“* Andere Arztpraxen sind telefonisch überhaupt nicht mehr zu erreichen, sodass eine Kontaktierung nur über Fax möglich ist: *„Wir*

können nicht einfach mehr beim Arzt anrufen und eine Verordnung bestellen, das machen nur noch ganz wenige. Die meisten wollen eigentlich Fax (...). Oder Arztpraxen nutzen einen Chatbot, der aber offenbar selten zu einer erfolgreichen Kommunikation beiträgt: *„Du kannst den Arzt ja fast gar nicht mehr informieren Die digitalisieren sich auch, Du hast jetzt ein [Name eines Programmes], eine Computerstimme, der Du das alles erzählen kannst, von der man eh nie Rückmeldung bekommt“*. Ein anderes Problem sind Hausbesuche. Pflegekräfte schildern, dass diese früher üblich waren und Verlass darauf war, dass sie wie angekündigt stattfinden. Das sei nun nicht mehr so: *„Also die Ärzte haben früher auch immer Hausbesuche gemacht, alle zwei Wochen zur Visite. Die haben dann gesagt, nächste Woche kann ich nicht, übernächste Woche dann wieder. Dann haben wir das schon eingetragen im Berichtsblatt, Arztvisite dann. Die kommen heute ja gar nicht mehr ins Haus. Wenn etwas ist, muss man den Krankenwagen rufen.“* Dass fehlende Hausbesuche zu unnötigen Krankenhauseinweisungen beitragen können, wird mehrfach geschildert: *„Ich habe das jetzt gerade bei einer älteren Frau mitbekommen. Sie bekommt einmal im Quartal einen Hausbesuch. Jetzt wollte ich den anfordern, weil es ihr nicht gut geht. ‚Nee, das können wir nicht machen‘. Das muss man sich mal vorstellen. Also entweder ins Krankenhaus oder sie bekommt blind irgendwelche Tabletten.“*

Die Leitenden der Pflegeanbieter sehen die Situation zwar etwas differenzierter (*„Das ist unterschiedlich. Es gibt Arztpraxen, da läuft das gut. Und es gibt Arztpraxen, da haben Sie echte Probleme.“*), ganz überwiegend wird aber auch von ihnen die teilweise schlechte Kommunikation mit Arztpraxen kritisiert: *„Also gerade mit den Ärzten, das fände ich elementar wichtig, dass man mit denen schnell kommunizieren kann und nicht stundenlang warten muss im Wartezimmer, bis man überhaupt dran kommt, ob man jetzt die Verordnung bekommt, am Telefon in der Schleife hängt. Das ist manchmal wirklich eine Zumutung. Also so viel Zeit zu investieren“*. Die Gründe für die Kommunikationsprobleme werden zum Teil bei den Ärztinnen und Ärzten festgemacht, denen es an Motivation fehle, zu einer besseren Kommunikation mit Pflegeanbietern beizutragen, sei es, weil sie bald in den Ruhestand gehen (*„Und bei den Ärzten habe ich so das Gefühl, bei dem einen oder anderen (...) die dann lieber sagen, das versuche ich jetzt noch so lange auszusitzen bis ich in Rente bin, bis ich nicht mehr zuständig bin.“*), sei es, weil Ärztinnen und Ärzte ihre persönlichen Interessen über die anderer Leistungserbringer stellen: *„Wir haben teilweise Ärzte, da haben wir Probleme, die können wir nicht mehr mit Mail kontaktieren, müssen sie alles faxen, oder telefonisch. Da haben sie ja schon da die Probleme. Da müssten andere Verbände noch mehr an ihre Mitglieder rangehen und sagen und klarmachen, was das bringt und was für ein Nutzen das hat. Vielleicht ist das ja auch das große Problem, weil der Arzt nicht den großen Nutzen für sich sieht. Und den Nutzen, den vielleicht die nachfolgenden Stellen haben vielleicht nicht als priorisierend für sich einschätzt“*. Wiederholt wird die Schuld für die schlechte Kommunikation aber auch beim Personal der Arztpraxen vermutet: *(...) weil wir sind ja an vielen Stellen der verlängerte Arm des Arztes und sind aber auf der anderen Seite auf Gedeih und Verderb auf die Qualität der Sprechstundenhilfe angewiesen. Ich sage jetzt mal, da ist ja noch jemand dazwischengeschaltet zwischen Arzt und uns und Patient“*. Manchmal ist auch nicht klar, an welcher Stelle ein Stocken der Kommunikation zu verorten ist. Mehrfach wird geschildert, dass (womöglich) ausgestellte Rezepte im Limbus zwischen Arztpraxis und Apotheke landen: *„Ein Klassiker war 'Wo liegt das Rezept', ja. Wir fordern ein Rezept an, die Arztpraxis sagt, ja wir haben doch eines ausgestellt Apotheke hat es nicht. Das heißt, man telefoniert dann herum wo liegt denn das Rezept. Man verliert immens viel Zeit, ist frustriert, ist ärgerlich (...)*. Das Ergebnis des Experimentes eines Pflegedienstes, der bereits an die Telematikinfrastruktur angeschlossen ist, zeigt übergreifend, dass – wo auch immer im Einzelfall die Ursache zu suchen ist – selbst eine Kommunikation zwischen Pflegeanbietern und Arztpraxen über die TI-Anwendung „Kommunikation im Medizinwesen“

bzw. KIM⁸ von Ärzten (noch) abgelehnt wird: *„Und ich habe jetzt gerade den einen aus der Verwaltung beauftragt, der macht jetzt ein Fax fertig und schickt jetzt an alle Arztpraxen, ob die eine KIM-Adresse haben, ob die mit Fax weiterhin noch arbeiten möchten, oder ob sie per E-Mail verschlüsselt arbeiten möchten. Aber, wir haben das...diese Anfrage haben wir Anfang letzten Jahres schon gemacht, weil da war ich auch schon so auf dem Trichter, wir fragen mal nach, welche überhaupt so...und da haben wir echt zu 99 Prozent, nee, eigentlich zu 100 Prozent...da war keiner dabei, der gesagt hat „Jawoll, wir machen jetzt auch mit KIM und so“. Immer Kreuz: Weiter Fax“.*

Die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern wird weit seltener kritisiert. Hierzu äußerten sich nur die befragten Pflegekräfte und zusammenfassend lassen sich die Beziehungen zu Krankenhäusern als „mal so, mal so“ zusammenfassen: *„Ich denke, die haben ein besseres Entlassungsmanagement im einen oder anderen Krankenhaus. Wir haben letztens ein Beispiel, ich weiß jetzt nicht mehr, wer das war. Der kam mit dem Medikamentenvorrat für ganze sechs Tage. (...). Was für uns ja superpraktisch ist, weil bis wir alles organisiert haben, Hausarzt, Apotheke, trallala, da können schon ein paar Tage verstreichen. Aber wir haben auch andere, die Bewohner geschickt haben, mit Medikamenten gerade mal für den restlichen Tag“.* Eine andere Pflegekraft schildert die Zusammenarbeit ähnlich: *„Ich wollte gerade sagen, es kommt auf das Krankenhaus drauf an. Es gibt Krankenhäuser, wenn wir Rückfragen haben, gerade Verlegungen, die erreichen wir quasi nie, da ist es so ähnlich wie bei unserer Hausarztpraxis. Und dann gibt es Krankenhäuser, da funktioniert die Kommunikation, also die erreichen wir besser“.* Möglicherweise liegt es an der im Vergleich zu Arztpraxen selteneren Kontakthäufigkeit zu Krankenhäusern, dass das Thema wenig Aufmerksamkeit erfährt. Möglicherweise funktioniert die Zusammenarbeit der Pflegeanbieter mit Krankenhäusern aber auch im Großen und Ganzen einfach besser als mit Arztpraxen.

Für mehr Kritik der Leitenden der Pflegeanbieter sorgt die Zusammenarbeit mit den Kostenträgern. Ein genereller und oft wiederholter Kritikpunkt betrifft die Leistungsabrechnung. Vieles wäre heute bereits digital möglich, aber die Kostenträger werden als schwerwiegender Bremser des digitalen Fortschritts wahrgenommen. Eine Leitungskraft schildert das am Beispiel von Verordnungen: *„In der Kommunikation mit den verschiedenen Institutionen des Gesundheitswesens zum einen und gerade so Dinge wie das Verordnungswesen, was dann digitalisiert werden sollte. Das könnte schon längstens gemacht sein, das ist auch so ein Beispiel. Softwareseitig sind schon seit Jahren die Voraussetzungen da, dass man die Verordnungen elektronisch an die Kassen übermittelt. Aber die Kassen sind halt, zumindest in [Bundesland], dafür nicht bereit“.* Ein anderes geschildertes Beispiel einer Leitungskraft betrifft die digitalen Leistungsnachweise. Viele Kostenträger akzeptieren keine digitalen Unterschriften, d. h. Leistungsnachweise müssen, obwohl digital erstellt, ausgedruckt und von Hand unterschrieben werden und dann in Papierform an die Kostenträger verschickt werden: *„Also, ich erhoffe mir noch mehr Digitalisierungsprozesse, das ist im Moment so, dass von unserer Seite da nichts entgegen steht, aber die Kostenträger da irgendwie nicht hinterherkommen. Es ist z.B. so, wir arbeiten schon mit digitalen Leistungsnachweisen, d.h. die Unterschriften werden elektronisch sicher erfasst auf dem Smartphone und der Leistungsnachweis ist entsprechend in digitaler, unterschriebener Form... steht zur Verfügung, und die Kostenträger erwarten, dass dieser digital unterschriebene Leistungsnachweis mit der Rechnung und mit dem Datenträgerbegleitzettel ausgedruckt wird. D.h. ich habe jeden Monat zwei große Papierstapel, mit 500 Blatt, was ich an die Kassen schicke“.* Was die Situation noch etwas absurder macht, ist die Tatsache, dass einige Kostenträger digitale Unterschriften durchaus anerkennen: *„Die Krankenkassen (...) habe ich das Gefühl, da kocht auch jeder so sein*

⁸ Die Kommunikation erfolgt bei der Nutzung der KIM über eine verschlüsselte E-Mail.

eigenes Süppchen. Das sind manchmal auch wie so heilige Kühe, die man nicht schlachten möchte. (...) Der eine hat überhaupt kein Problem damit alles digital zu erhalten und man muss kein Papier mehr nachschicken und andere wollen es digital, aber es ist ganz wichtig, dass das Papier noch hinterher kommt. Da sage ich, da weiß ich ja gar nicht, was das soll. Und dann irgendwann ein Papier wieder eingelesen und geschreddert wird. Da sage ich, dann hätte ich es auch nicht schicken müssen, weil digital war es ja eh schon da. Also manchmal nicht nachvollziehbar, was da die Hintergründe sind, weshalb die Dinge so gemacht werden“. Diese Situation wird noch dadurch komplizierter, dass es sehr viele Kostenträger mit zum Teil noch vorgeschalteten Abrechnungsdienstleistern gibt, sodass Pflegeanbieter zum Monatsende zumeist große Mengen an Post verschicken müssen, obwohl die Leistungsabrechnung bereits digital erfolgt ist: „Und wir haben ja nicht nur einen Patienten und eine Kasse, sondern wir haben im Schnitt 40 Kassen oder so. Und dann haben wir 40 Häufchen, mit Abrechnungsdienstleistern, mit unterschiedlichen Leistungen, mit unterschiedlichen Patienten, dann immer Rechnung und Leistungsnachweis, das haben wir immer schön zu sortiert. Wahnsinn. Ich habe dafür eine Mitarbeiterin eingestellt, weil ich irgendwann durchgedreht bin bei diesem ganzen Krempel, das alles so zu sortieren.“.

Die große Zahl an Mängeln, die im Bereich der externen Information und Kommunikation von Leitenden und Pflegekräften geschildert werden, macht deutlich, welches Potential in einer Anbindung aller Pflegeanbieter an die Telematikinfrastruktur schlummert. Und in den Gesprächen ging es noch nicht einmal um die gleichzeitige Möglichkeit, die Pflegequalität durch eine bessere Vernetzung aller am Pflegeprozess Beteiligten auf ein ganz anderes Niveau zu heben. Notwendig wird dann aber sein, dass Pflegeanbieter in der Lage sind, tatsächlich aktiver „Mitspieler“ in der digitalen Gesundheitsökonomie zu sein und andere Leistungserbringer des Gesundheitssystems weit mehr als aktuell bereit sind, kooperierende Partner der Pflegeanbieter zu sein.

F11: Welche Erwartungen und welche noch zu bewältigenden Herausforderungen verbinden die Pflegeanbieter mit einem Anschluss an die Telematikinfrastruktur?

Die Telematikinfrastruktur verspricht eine Transformation hin zu einer digitalen Gesundheitsökonomie, in dem die bislang zumeist analog vernetzten Akteure im digitalen Raum kommunizieren und interagieren können. Doch trotz dieser vielversprechenden Aussichten stehen der umfassenden Implementierung digitaler Lösungen noch Hindernisse im Weg. Einige der Hindernisse haben ihren Grund im Stand der aktuellen analogen Vernetzung mit anderen Leistungserbringern des Gesundheitssystems, die einen Übergang schwierig machen. In unseren Interviews und Fokusgruppenbefragungen hat sich das Beharren auf analogen Kommunikationswegen, insbesondere von Kostenträgern und Arztpraxen, als ein großer Hemmschuh dargestellt. Die Nutzung des Telefons als synchrones Kommunikationsmittel führt beispielsweise bei den Pflegekräften und ihren Führungskräften nicht nur zu Zeitverlusten, sondern auch zu erhöhter Frustration. Zum Teil ist nicht einmal eine Telefonkommunikation möglich, sondern es muss das Faxgerät genutzt oder mit Chatbots kommuniziert werden.

Grundsätzlich zeigt sich, dass das bestehende analoge Netzwerk zwischen den verschiedenen Akteur:innen des Gesundheitswesens auch die erwarteten Effekte der Digitalisierung im Allgemeinen und der Telematikinfrastruktur im Speziellen beeinflussen. So beschreibt eine Leitungskraft ihre Erwartungshaltung an die TI wie folgt: „*Ich denke, dadurch dass die Ärzte hier nicht so weit sind, ist der Druck nicht so da, ganz schnell etwas machen zu müssen oder da ganz vorne dabei sein zu müssen. Das mag im Raum [Landeshauptstadt] deutlich präsenter sein*“. Aber nicht nur die Bereitschaft der Ärztinnen und Ärzte zur digitalen Kommunikation ist zu nennen, auch die Kostenträger bevorzugen mehrheitlich aktuell noch analoge Kommunikationswege – oder bisweilen sogar analoge und

digitale Kommunikationswege zugleich. Hier kommt erschwerend hinzu, dass die Kostenträger das eigentliche Abrechnungsvorgehen zum Teil in Abrechnungszentren ausgelagert haben. *„Die [Krankenkassen] haben die Zentren eingerichtet, also die Abrechnungszentren, da erreicht man niemand mehr“*. Diese zwischengeschaltete Institution bedeutet insbesondere bei Unstimmigkeiten zusätzlichen Kommunikationsaufwand zwischen drei Akteuren und erhöht besonders bei fehlenden direkten Kontaktmöglichkeiten und Ansprechpersonen die Komplexität für alle Beteiligten.

Neben den vielfältigen Problemlagen in der Kommunikation und Koordination mit den verschiedenen anderen Akteuren aus dem Gesundheitswesen, die bereits im analogen Raum bestehen, zeigt sich in den verschiedenen Interviews eine hohe Unzufriedenheit mit den politischen Rahmenbedingungen. Mehrere Leitungskräfte sowie mehrere Pflegefachkräfte drücken ihre Frustration dahingehend aus, dass sie feststellen, dass (Gesetzes-)Änderungen im Gesundheitssystem selten innerhalb der vorgesehenen Fristen umgesetzt werden. Insgesamt erscheinen den Befragten die Zielvorgaben, die die Ministerien bzw. die Politik im Bereich Digitalisierung vorgeben, oft als unrealistisch. Konsequenterweise nehmen die Befragten diese Rahmenbedingungen nur bedingt ernst und passen ihr Verhalten dahingehend an. Das führt insgesamt zu einer lose-lose Situation. Hierbei war die eigentlich für den 01.01.2024 vorgesehene Pflichtanbindung an die TI ein sehr gutes Beispiel. Aufgrund der Unsicherheit entscheiden sich die Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen im ersten Schritt nicht zum Anschluss an die TI. Je näher die ursprüngliche Einführungsfrist kommt und je weniger Einrichtungen angeschlossen sind, desto unwahrscheinlicher wird es, dass die Softwareanbieter und Hardwarehersteller bis Fristende noch alle Anfragen bedienen können. Dies wiederum erhöht den Druck auf die Politik, die Frist nun tatsächlich zu verschieben. Zu dieser Problemlage kommen weitere, mittelbare Herausforderungen für Pflegeanbieter hinzu, die durch die Veränderung politischer Rahmenbedingungen initiiert werden. Insbesondere in den vergangenen beiden Jahren führten die steigenden Energiepreise sowie auch die Einführung der umgangssprachlich als Tariftreuegesetz bezeichneten Regelung zu erhöhten Gehältern in der Pflege, die in weiten Teilen nur unzureichend durch höhere Abrechnungssätze kompensiert wurden. Die angespannte Finanzsituation, die in regionaler und überregionaler Presse nachvollziehbar ist, führt konsequenterweise aktuell daher nicht zu zusätzlichen Investitionen in die digitale Infrastruktur.

Und gerade hier gibt es ein weiteres Problem: Durch die fehlende Gleichzeitigkeit bei der Einführung digitaler Lösungsmöglichkeiten im Pflegebereich bzw. des schrittweisen Rollouts verschiedener digitaler (Insel-)Lösungen ist eine Vernetzung aller Systeme und insbesondere eine Vernetzung zum Primärsystem der Pflegeanbieter häufig nicht gewährleistet. Eine Zusammenführung innerhalb eines vollständig integrierten Systems im Sinne einer Basisinfrastruktur verursacht hohe Investitionskosten und einen mit der Umstellung einhergehenden hohen organisatorischen Aufwand, der bei laufendem Betrieb und geringen Personalressourcen kaum zu leisten ist. Dies gilt insbesondere für Pflegeanbieter, die schon lange am Markt sind und im Laufe der Jahre verschiedene Systeme elektronischer Datenverarbeitung eingeführt haben, die mittlerweile nicht mehr dem neuesten Stand entsprechen. Dies führt die Leitungskraft eines recht neu gegründeten Pflegedienstes wie folgt aus: *„Ich habe z.B. mit einer [Pflegefachkraft] einen Austausch die hat 25-jähriges dieses Jahr und [...] die sagte, ‚Das ist wahnsinnig schwierig, wenn man schon so lange am Markt ist, die Prozesse schnell zu verändern‘“*. Unabhängig hiervon gibt es insbesondere in ländlichen Regionen kleine Pflegedienste, deren Digitalisierungsgrad (sehr) gering ist. Da wir mit kleinen Pflegeanbietern leider nur informelle Erstgespräche und keine strukturierten Leitfadenterviews und Fokusgruppenbefragungen durchführen konnten, verzichteten wir an

dieser Stelle auf weitergehende Schlussfolgerungen bzw. weisen nur auf ein Problem hin, dass der Gesetzgeber im Auge behalten sollte.

Vor diesem Hintergrund ist es beinahe überraschend, dass die digitale Bereitschaft der Pflegeanbieter über weite Teile hinweg hoch ausgeprägt ist. Die Befragten teilen die vermehrt vorherrschende Skepsis vieler anderer Leistungserbringer:innen des Gesundheitssystems gegenüber der Telematikinfrastruktur nicht. Einen besonders erwähnenswerten Vorteil in der digitalen Vernetzung durch die TI, insbesondere durch die elektronische Patientenakte, sieht eine Leitungskraft bei der Zusammenarbeit mit Rettungsdiensten: *„Wir haben immer wieder ein Schnittstellenproblem, vor allem mit Rettungseinsätzen. Das ist tatsächlich ein Problem, wenn ein Rettungsdienst vor Ort ist, braucht der natürlich alle Angaben. (Er) muss wissen, was kriegt der aktuell für Medikamente, was hat der für aktuelle Diagnosen, der muss gewisse Dinge halt einfach abfragen können und das wäre absolut gewinnbringend, wenn es z.B. auch schon eine elektronische Gesundheitsakte gibt“*. Die elektronische Patientenakte könnte in diesem Zusammenhang nicht nur Informationen zu medizinischen Vorerkrankungen beinhalten, sondern auch eine gegebenenfalls vorliegende Patientenverfügung. Andere Leistungserbringer erhoffen sich von der elektronischen Patientenakte vor allem einen deutlich verbesserten Informationsstand über die gesundheitliche Situation von Pflegeempfangenden und darüber auch mehr Sicherheit bei der Durchführung von Pflegeprozessen: *„Für mich ist die Hoffnung, wenn man die TI ausbaut, bessere Transparenz, auch mit den ganzen Institutionen, die damit beschäftigt sind. Man sieht es ja schön am Medikamentenplan. Ist das jetzt der aktuelle, der dort gerade liegt? Oder ist das ein falscher? Hat irgendjemand den neuen weggeworfen? Wo bekomme ich denn den jetzt schnell her? Und wenn ich halt in die elektronische Patientenakte reinschauen kann, und sagen kann, ‚so, was steht denn da drin‘, dann ist da das aktuelle drinnen und dann kann ich mir das anschauen und weiß Bescheid. Also erwarte ich mir mehr Sicherheit, mehr Transparenz. Auch in diesem Bereich schnellere Handlungsfähigkeit“*. Mehr Patientensicherheit steht für viele Pflegeanbieter weit oben auf der Agenda und die elektronische Patientenakte wird dabei als Schlüsseltechnologie gesehen, z. B. auch hinsichtlich einer erhöhten Sicherheit bei der Medikation von Pflegeempfangenden: *„Auch würde ich mir wünschen, dass die elektronische Patientenakte schneller kommt. Ja, dass man mit seinen eigenen Daten da auch Zugriff hat, dass man das auch sehen kann und dass auch die Ärzte, nicht ‚der eine verschreibt die Tablette, der nächste die Tablette‘ und die wirken gegeneinander und die wissen das gar nicht voneinander. Also, das kann man manchmal gar nicht (...) begreifen, wie das überhaupt zustande kommt, so etwas“*.

Auch das sich die Kommunikation mit den Kostenträgern durch die Anbindung an die TI verbessert, ist eine bei Leitenden sehr ausgeprägte Hoffnung: *„Und wenn ich mir natürlich auch was wünschen würde, dann wäre das, dass das auch deutlich ausgebaut wird. Also wir starten zwar jetzt erst mit der KIM und dass das dann eben vielleicht auch mit Krankenkassen, dass man sagt, okay mit der Pflegegraderhöhung, dass man Anträge schneller stellen kann oder auch weiß, wo liegt's denn eigentlich? Diese Unsicherheit, wo ist denn eigentlich der Bearbeitungsstand. Dass man da vielleicht auch mal schnellere Rückmeldung bekommt und dann ist man auch entspannter, wenn man weiß, es läuft“*. Andere Leitende hoffen, dass sich das Medikamentenmanagement und insbesondere das hochgradig ineffiziente Verordnungsmanagement durch den TI-Anschluss erheblich einfacher gestalten werden: *„Also gerade das ganze Verordnungsmanagement, was bei uns natürlich (...) sehr viel Zeit frisst, nicht nur bei den Fachkräften, sondern eben auch in der Verwaltung. Das wäre deutlich vereinfacht. Also das muss man schon sagen. Medikamentenmanagement wäre auch deutlich vereinfacht, in dem Moment, in dem Sie*

nicht mehr über ein Fax, also ein analoges Gerät läuft, sondern sicher digital übertragen wird. Und eben alles viel schneller, viel einfacher“.

An oberster Stelle der Hoffnungen steht aber eine bessere Kommunikation und ein verbesserter Informationsaustausch mit Arztpraxen und anderen Gesundheitsakteur:innen: *„Ja, also ich denke, dass die TI also diese Nebentätigkeiten, diese Reibungsverluste nenne ich es mal, minimieren wird. Und zwar von beiden Seiten, also auch in der Arztpraxis. Um sich auch besser zu verstehen und ich denke, dass da auch die Reibungsverluste, gerade was telefonieren, was Faxe angeht, (...) gerade so ein Beispiel, Fax soll ja eigentlich gut funktionieren, aber jetzt ist zum Beispiel in der Arztpraxis, da geht nur jedes siebte Fax durch. Also, das funktioniert gar nicht und keiner weiß warum. Da erhoffe ich schon, dass das deutlich weniger wird und dadurch auch geringere Frustration“.* Dabei geht es aber nicht nur um erleichterte Kommunikationswege. Die Hoffnung ist auch, dass sich die Kooperation der Leistungserbringer verbessert: *„Dann wäre es natürlich auch so, dass man, ja ich denke schon, dass auch die TI oder die Digitalisierung auch so ein bisschen dafür sorgt, dass einfach auch so dieses Gefälle zwischen den einzelnen Akteuren, dass sich das vielleicht so ein bisschen ausgleicht. Das man die Pflege auch so ein bisschen als gleichberechtigt wahrnimmt und nicht nur als Befehlsempfänger oder Ausführende, das ist auch etwas, das ganz wichtig ist.“* Manche Leitende denken bereits etwas weiter und ziehen auch Anwendungen der TI ins Kalkül, die zurzeit noch nicht verfügbar sind, aber künftig die Arbeit von Pflegeanbietern erleichtern können: *„Ich würde sagen ja, denn wenn ich mir sicher sein kann, dass das stimmt und auch relativ schnell an diese Sachen herankomme, dann muss ich niemanden trösten und sagen ‚muss ich mich erst schlau machen‘, sondern ich kann direkt beim Klienten vor Ort reagieren. Da kann ich sagen ‚Stopp, Stopp‘ oder das müssen wir so und so machen oder dann vielleicht auch, das wäre natürlich die allerschönste Geschichte, dass wir dann relativ schnell sagen können ‚oh, da bin ich gerade etwas überfordert‘, aber ich kann ja über KIM oder so den Arzt erreichen und kann vielleicht sogar über Televisite sagen ‚schauen Sie sich das mal an, da bin ich mir unsicher, was machen wir da‘. Natürlich, das sind alles Ausbaustufen, aber wenn wir nicht anfangen, dann kommen wir nicht zur Ausbaustufe“.*

Während zum Teil Zweifel daran geäußert werden, ob Arztpraxen tatsächlich zu einer besseren Zusammenarbeit mit Pflegeanbietern bereit sind (*„Und da wird noch viel Wasser den Fluss hinunter fließen, bis das passiert.“*), macht eine Leitungskraft einen ebenso simplen wie zielführenden Vorschlag: *„Wenn ich eine Arztpraxis hätte, die sich weigert und sagt ‚Ich will das aber nicht‘, mit allen anderen mache ich das über KIM, und es gibt nur eine Arztpraxis, wo ich faxen muss, dann muss ich mir dann am Faxgerät einen Zettel hinhängen: ‚Bitte mit dieser Arztpraxis nur per Fax‘. Schwachsinnig. Wenn, muss man sagen ‚Alle müssen mitziehen‘, fertig“.*

Pflegekräfte äußern sich nur sehr zurückhaltend zur TI-Anbindung der Pflegedienste und -einrichtungen. Für sie handelt es sich zum jetzigen Zeitpunkt nur um eine weitere Digitalisierungstechnologie. Wie bei der Diskussion von Forschungsfrage 7 herausgearbeitet worden ist, werden Pflegekräfte im Regelfall auch nicht über die potenziellen Vorteile einer TI-Anbindung informiert. Es ist bedauerlich, dass dieses Thema bei vielen Pflegeanbietern reine Chefsache zu sein scheint. Denn gerade für Pflegekräfte kann die Anbindung an die TI mit einer großen Erleichterung der Arbeitsorganisation und Zeitgewinnen verbunden sein. Hinzu kommt, dass die Verbesserungen bei der Kommunikation und dem Informationsaustausch mit anderen Leistungserbringer:innen des Gesundheitssystems die Pflegequalität erheblich verbessern kann und vor allem Pflegefachkräften eine direktere Kommunikation mit anderen Gesundheitsakteuren ermöglicht – wenn diese dabei mitziehen.

In der Gesamtbetrachtung zeigen sich alle befragten Pflegeanbieter hochgradig aufgeschlossen gegenüber einer Anbindung an die Telematikinfrasturktur. Die Befragungen haben gezeigt, dass Leitende von Pflegediensten und -einrichtungen nicht nur große Hoffnungen mit der Teilnahme an der digitalen Gesundheitsökonomie verbinden, sie erwiesen sich auch als fachlich bestens informiert über die damit verbundenen Möglichkeiten. Ob sie auch technisch bereits vollständig für eine nutzenbringende TI-Anbindung gerüstet sind, war jedenfalls zum Befragungszeitpunkt zum Teil fraglich. Auf viele Pflegeanbieter werden vermutlich noch hohe Investitionskosten zukommen. Wenn es das gesundheitspolitische Ziel ist, dass Pflegeanbieter ab 2025 gewinnbringend die TI nutzen, sollten sich verantwortliche Entscheidungsträger dessen bewusst sein. Die großen Hoffnungen der Pflegeanbieter sollten nicht (erneut) enttäuscht werden, denn nur dann werden Pflegeanbieter von Beginn an bereit sein, in die digitale Gesundheitsökonomie einzusteigen. Last but not least wird eine erfolgreiche TI-Anbindung in den nächsten Jahren auch erfordern, dass andere Leistungserbringer des Gesundheitssystems sowie Kostenträger zu einer kooperativen Zusammenarbeit mit Pflegeanbietern bereit sind. Denn nur dann können alle in dieser Studie hervorgehobenen Ziele zur gleichen Zeit erreicht werden: Eine effizientere Leistungserbringung der Pflegeanbieter, Verbesserungen der Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte – vor allem in den Bereichen Arbeitsorganisation und externes Arbeitsumfeld, und eine Erhöhung der Pflegequalität.

III.6. Hinderungsfaktoren für den Einsatz digitaler Pflegetechnologien

(a) Ergebnisse der Literaturanalyse

Die Hinderungsfaktoren für den Einsatz digitaler Pflegetechnologien wurden in drei Bereichen untersucht:

1. Die digitale Bereitschaft und die digitalen Fähigkeiten des Personals von Pflegeanbietern, Digitalisierungstechnologien nutzenbringend zu verwenden. Digitalisierungstechnologien bringen im praktischen Einsatz wenig, wenn Pflegekräfte (oder Einrichtungsleitende) sie nicht akzeptieren oder bedienen können.

2. Die Kosten digitaler Pflegetechnologien, d.h. die Anschaffungs- und Betriebskosten sowie die Schulungskosten für das Personal. Letztere lassen sich aufteilen in Kosten für Kurse und Schulungsmaterialien sowie Opportunitätskosten, wenn Beschäftigte aufgrund von Kurs und Schulungsteilnahmen oder im Zusammenhang mit der informellen Erlernung der Handhabung von Digitalisierungstechnologien (d.h. über eine Anleitung durch Vorgesetzte und/oder Kolleg:innen) temporär vom Dienst freigestellt werden müssen.

3. Die Größe von Pflegediensten und -einrichtungen. Für kleinere Pflegeanbieter könnte zum einen die Nutzung von Digitalisierungstechnologien in Bereichen wie Personalwesen oder Dienstplanerstellung aufgrund einer geringen Komplexität und/oder eines geringen Aufwandes einer nicht digitalen Vorgehensweise weniger wichtig sein. Zum anderen verfügen kleine Pflegeanbieter im Regelfall nicht über die gleichen finanziellen Möglichkeiten zur Anschaffung von Digitalisierungstechnologien wie größere Anbieter. Auch eine Freistellung von Pflegekräften für Schulungen kann schwieriger zu organisieren sein.

Eine ganze Reihe von Studien hat sich mit der Frage der „digitalen Bereitschaft“ von Pflegekräften beschäftigt. Die digitale Bereitschaft und die digitale Kompetenz des Leitungspersonals von Pflegeanbietern wird leider viel seltener untersucht. Die Studienlage

ergibt aufgrund der meist sehr allgemeinen Fragen zu digitalen Kompetenzen und zur digitalen Offenheit der Pflegekräfte ein sehr unklares Bild. Im Grunde selbstverständlich ist, dass die Einführung neuer digitaler Technologien Schulungen und Weiterbildungen der Pflegekräfte erfordert. Mit unüberwindlichen Hindernissen scheint die Vermittlung digitaler Kompetenzen nicht verbunden zu sein, denn viele digitale Technologien haben längst Einzug in den Pflegealltag gefunden. Verschiedene Studien zeigen zudem, dass Pflegeanbieter, die verschiedene digitale Technologien tatsächlich nutzen, die digitalen Kompetenzen und die digitale Offenheit ihrer Pflegekräfte sehr viel höher bewerten als Pflegeanbieter, die noch keine Erfahrungen mit diesen Technologien gemacht haben. Die digitale Kompetenz von Pflegekräften dürfte daher häufig unterschätzt werden. Bezüglich der Akzeptanz von digitalen Pflorgetechnologien zeigen Studien, dass sie ganz entscheidend davon abhängt, ob die Technologien (a) die Arbeit der Pflegekräfte tatsächlich erleichtern und (b) mit dem Berufsbild Pflege vereinbar sind. Viele Pflegekräfte lehnen daher Technologien ab, die menschliche Zuwendung ersetzen – also z. B. Unterhaltungs- und Emotionsrobotik. Die Studienlage lässt in Gesamtbetrachtung die vorsichtige Schlussfolgerung zu, dass die digitale Bereitschaft von Pflegekräften nicht gering ist und die unzweifelhaft noch notwendigen Verbesserungen in diesem Bereich eine Aufgabe der Fort- und Weiterbildung von Pflegekräften bzw. der Ausbildungsgestaltung von Pflegenachwuchskräften ist. Ob die digitalen Kompetenzen oder die Offenheit für die Einführung von Digitalisierungstechnologien der Pflegekräfte tatsächlich ein wichtiger Hinderungsfaktor für die Einführung digitaler Technologien in Pflegediensten und -einrichtungen sind, ist daher fraglich. Vielmehr scheint es so zu sein, dass der Aufwand für die Schulung und Weiterbildung der Pflegekräfte der tatsächlich wichtige Hinderungsfaktor ist. Dieses Hindernis fällt allerdings in den Kostenbereich. Die Rolle der Einrichtungsleitenden als denkbarer Hinderungsfaktor bei der Einführung digitaler Technologien ist in der bisherigen Forschung größtenteils vernachlässigt worden. Diesbezüglich vorliegende Daten beruhen fast ausschließlich auf Selbstauskünften der Einrichtungsleitenden und sind daher wertlos. Hier existiert noch eine große Forschungslücke, auf die an dieser Stelle leider nur hingewiesen werden kann.

Kosten, die bei der Investition in eine digitale Pflorgetechnologie anfallen, können aus verschiedenen Gründen ein Hinderungsfaktor für die konkrete Anschaffung der Pflorgetechnologie sein. Verschiedene Fördermöglichkeiten, ihre Ausgestaltung und zeitliche Befristungen können dazu führen, dass digitale Pflorgetechnologien erst dann angeschafft werden, wenn ihre (teilweise) Refinanzierung aus Fördertöpfen gesichert ist. Zudem ist es aus betriebswirtschaftlichen Gründen im Regelfall sinnvoll, digitale Technologien erst dann zu beschaffen, wenn sie auch nutzenbringend eingesetzt werden können. Dass viele Pflegeanbieter noch nicht an die Telematikinfrastruktur angebunden sind, dürfte u.a. die Folge solcher Überlegungen der Pflegeanbieter sein. Oftmals wird eine negativ ausfallende Kosten-Nutzen-Abwägung ein Hinderungsfaktor für die Anschaffung von Pflorgetechnologien sein. Auch wenn eine Pflorgetechnologie direkt nach ihrer Anschaffung nutzenbringend verwendet werden kann, stellt sich wie bei jeder Investitionsentscheidung die Frage, ob der erwartete Nutzen die Kosten im Zeitablauf überwiegt. Aber auch, wenn eine Pflorgetechnologie angeschafft und direkt nutzenbringend verwendet werden kann und die Kosten-Nutzen-Abwägung positiv ausfällt, können die Kosten der Investition in diese Pflorgetechnologie im Verhältnis zu den Finanzierungsmöglichkeiten prohibitiv hoch sein. Ein Vergleich der vorliegenden Studien zu Hinderungsfaktoren der Investition in digitale Pflorgetechnologien zeigt, dass der Aspekt der begrenzten Finanzierungsmöglichkeiten im Laufe der Zeit im Vergleich zur Kosten-Nutzen-Abwägung zum entscheidenden Hinderungsfaktor von Investitionen geworden ist. Das liegt an der immer schwieriger werdenden wirtschaftlichen Situation vieler Pflegeanbieter. Und es liegt sicherlich auch daran, dass die staatlichen Fördermöglichkeiten, die 2019 eingeführt worden und seither

nicht angepasst worden sind, oftmals schon verbraucht sind oder umfangmäßig nicht mehr ausreichen, eine Investitionsfinanzierung unter Berücksichtigung der aufzubringenden Eigenmittel zu ermöglichen. Dass die Kosten-Nutzen-Abwägung nur noch viel seltener eine Rolle spielt, liegt aber auch daran, dass sich viele digitale Pflegetechnologien als ausgesprochen nützlich erwiesen haben.

Hinsichtlich der Größe von Pflegeanbietern als Hinderungsfaktor ist zunächst festzustellen, dass viele ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen ausgesprochen klein sind. 2021 gab es in Deutschland 15.376 ambulante Pflegedienste. 3.446 bzw. 22,4 Prozent dieser Pflegedienste versorgen 25 oder weniger Pflegeempfangende, davon ein knappes Drittel weniger als 10. Auf der anderen Seite stehen große Pflegedienste. 2.988 bzw. 19,4 Prozent der ambulanten Pflegedienste versorgen mehr als 100 Pflegeempfangende, davon 1.291 mehr als 150. Bei den stationären Pflegeeinrichtungen gibt es ähnliche Größenunterschiede. Es liegt auf der Hand, dass ambulante Pflegedienste, die 20 oder weniger Pflegeempfangende versorgen, einen deutlich niedrigeren Umsatz erzielen können als ambulante Pflegedienste, die 100 oder mehr zu pflegende Personen versorgen. Selbst dann, wenn unterschiedlich große Pflegedienste eine gleiche Umsatzrendite erzielen, fällt der Betriebsüberschuss der kleinen Pflegedienste erheblich geringer aus und entsprechend geringer sind auch die Möglichkeiten, aus betrieblichen Überschüssen Investitionen in digitale Pflegetechnologien zu finanzieren. Für stationäre Pflegeeinrichtungen gilt das gleiche. Hinzu kommt, dass die Möglichkeiten der Kreditaufnahme im Durchschnitt für größere Pflegeanbieter besser sein dürften als für kleinere. Da die staatlichen Fördermöglichkeiten sowohl bei der Höhe der Förderung als auch beim aufzubringenden Eigenanteil keinen Unterschied zwischen kleinen und großen Pflegeanbietern machen, dürften sie für kleinere Anbieter zwar in Bezug auf die Förderungshöhe nützlicher, hingegen durch den Eigenanteil weit schwieriger in Anspruch zu nehmen sein. Neben dem Aspekt der Finanzierungsmöglichkeiten dürfte auch die Kosten-Nutzen-Abwägung einer Investition in digitale Pflegetechnologien für kleine und insbesondere für sehr kleine Pflegedienste und -einrichtungen anders ausfallen als für größere. Für einen Pflegedienst im ländlichen Raum, der 10 oder weniger Pflegeempfangende versorgt und entsprechend wenige Pflegekräfte einsetzt, sind Technologien wie eine digitale Dienst- und Tourenplanung offensichtlich weniger wichtig wie für einen städtischen ambulanten Pflegedienst mit 100 zu versorgenden Pflegeempfangenden. Aus diesen Gründen ist zu erwarten, dass die Größe (bzw. die Kleinheit) eines Pflegedienstes oder einer Pflegeeinrichtung ein Hinderungsfaktor für Investitionen in digitale Pflegetechnologien ist. Leider gibt es zu dieser Thematik nur sehr wenige Studien. Ihre Ergebnisse entsprechen aber den Erwartungen. In der jüngsten zur Verfügung stehenden Studie aus dem Jahr 2020 finden sich nach der Größe der Pflegedienste und -einrichtungen differenzierte Angaben zum Einsatz digitaler Pflegetechnologien. Kleinere ambulante Pflegedienste nutzen technische Hilfsmittel bei der direkten pflegerischen Versorgung ebenso häufig wie große Pflegedienste, denn der Nutzen assistiver Technologien bei der Pflege ist nicht von der Zahl der Beschäftigten oder zu pflegenden Personen abhängig. Bei allen Technologien, die der internen Information und Kommunikation zuzuordnen sind, ist die Nutzungsquote kleiner Pflegedienste hingegen geringer. Obwohl sich auch bei vollstationären Einrichtungen die Nutzungsquoten digitaler Pflegetechnologien nach der Größenklasse der Einrichtungen entsprechend den Erwartungen unterscheiden, sind die Unterschiede nur gering. Das hängt vermutlich damit zusammen, dass in dieser Studie die „kleinsten“ betrachteten Einrichtungen bis zu 40 Beschäftigte haben, sodass „wirklich“ kleine Einrichtungen nicht gesondert erfasst worden sind. Keine der vorliegenden Studie fragt direkt nach den Finanzierungsmöglichkeiten für kleine Pflegeanbieter. Auch wenn eine nicht mehr aktuelle Studie aus dem Jahr 2017 erkennen lässt, dass für kleine Pflegedienste häufig eine Kosten-Nutzen-Abwägung für die

Investitionen in Pflegetechnologien entscheidend ist, ist die Investition in teure Branchensoftware vermutlich häufig auch aufgrund der finanziellen Möglichkeiten für kleine Pflegedienste unattraktiv. Problematisch ist, dass die aus betriebswirtschaftlichen Gründen nachvollziehbare Entscheidung kleiner Pflegedienste, nicht in kostspielige digitale Pflegetechnologien zu investieren, zur Folge hat, dass nur wenige dieser Einrichtungen über eine Basisinfrastruktur verfügen, die für eine gewinnbringende Nutzung der Telematikinfrastruktur notwendig ist. Das könnte sich in den nächsten Jahren ändern, würde aber, da viele dieser Pflegedienste einen großen Digitalisierungsrückstand aufweisen, im Durchschnitt sehr viel höhere Investitionen notwendig machen, als es bei größeren Pflegediensten der Fall ist. Ob dazu die finanziellen Möglichkeiten vorhanden sind, ist fraglich. Umso bedauerlicher ist es, dass über die Finanzierungsbedingungen kleiner und sehr kleiner Pflegedienste noch weniger bekannt ist als über ihren Digitalisierungsgrad.

(b) Bedeutung für die Studie

Vor dem Hintergrund, dass in der überwiegenden Zahl der Pflegedienste und -einrichtungen noch keine digitale Basisinfrastruktur im Sinne einer digitalen Vernetzung aller relevanten Prozesse der primären und sekundären Pflege vorhanden ist, sodass ein Anschluss an die Telematikinfrastruktur häufig nicht mit einem Mehrwert verbunden ist bzw. sein wird, wäre es wichtig zu erfahren, was die wichtigsten Hinderungsfaktoren der Investition in digitale Pflegetechnologien sind. Im Rahmen dieser Studie wurden jedoch aus bereits erläuterten Gründen keine Fragen zur wirtschaftlichen Situation der Pflegeanbieter gestellt, sodass hier keine Erkenntnisse gewonnen werden konnten. Leider konnten im Rahmen der Studie weder sehr kleine noch sehr große Pflegeanbieter befragt werden, sodass auch ein Zusammenhang zwischen der Größe von Pflegeanbietern und der Investition in Pflegetechnologien nicht ermittelt werden konnte. Diese Forschungsfragen zu beantworten, wird Aufgabe weiterer Studien sein.

(c) Ergebnisse der Interviews und Fokusgruppenbefragungen

F12: Ist eine zu geringe digitale Bereitschaft der Pflegekräfte ein Hinderungsfaktor für Investitionen in digitale Pflegetechnologien?

Wie bereits die Diskussion der vorherigen Forschungsfragen gezeigt hat, sind digitale Pflegetechnologien in vielen Arbeitsbereichen der Pflegedienste und -einrichtungen bereits im Einsatz. Vor diesem Hintergrund scheint die Einführung digitaler Pflegetechnologien zumeist nicht zu einer Überforderung der Pflegekräfte zu führen. Bei den befragten Pflegenden zeigt sich dann auch ein größtenteils positives Bild im Bezug auf bisherige und weitere Digitalisierungsbestrebungen. Nur sehr vereinzelt gäbe es Pflegekräfte, die vor größere Probleme gestellt werden. Diese seien häufig darauf zurückzuführen, dass die betreffenden Kolleg:innen auch in ihrer Freizeit nur sehr wenige digitale Technologien nutzen: *„Wir haben natürlich noch den einen oder anderen Mitarbeiter, der doch das letzte Kästchen [Hinweis: Bei einer vorab gestellten Frage zum Alter die höchste Alterskategorie] nehmen müsste. Die auch Zuhause mit digital gar nichts am Hut haben. Die haben in der Tat ein großes Problem damit. Da mussten wir sogar kleine Lehrstunden machen, wie man überhaupt eine E-Mail schreibt“*. Dabei handelt es sich aus Sicht der Pflegekräfte aber um Ausnahmefälle. Kolleg:innen mit Problemen würde aber auch gern geholfen, sodass in den Pflegediensten bzw. -einrichtungen ein „Learning-by-doing“ stattfindet: *„Gerade bei Sachen in der Dokumentation, die nicht alltäglich sind, wie eine Wunddokumentation anlegen - es haben nicht alle Bewohner immer Wunden - und dann hat man es vielleicht nur einmal gemacht und dann hat man es vergessen, wie das so richtig abläuft. Da holt man dann doch*

eine Kollegin dazu einfach, die da vielleicht etwas fitter ist". Insbesondere in Verbindung mit einer guten Schulung und genügend Einarbeitungszeit sei der Umgang mit digitalen Technologien aber regelmäßig kein Problem, wobei einige Pflegekräfte zu erkennen gaben, dass eine Schulung nicht immer stattfindet: *„Also eine richtige Schulung wäre nicht schlecht. Wir werden aber nicht alle dahin kriegen. Aber wenn gerade, die die selber digital relativ fit sind, auch hier eine Schulung erhalten würden für die neue Software oder was es auch dann gibt, dass die das dementsprechend auch weitergeben können eins zu eins auf Station“*. Wie schon an anderer Stelle erwähnt, ist für Pflegekräfte nicht „die Digitalisierung“ der Pflege das Hauptproblem, sondern einige Nebeneffekte, die durchaus vermeidbar wären. So verstärkte sich durch die zunehmende Digitalisierung das mit der zeitlichen Taktung der Pflegearbeit verbundene Gefühl des ständigen Drucks, bloß nicht unwirtschaftlich zu arbeiten. Problematisch sind insofern nicht die digitalen Technologien per se und erst recht nicht die damit verbundenen Kommunikations- und Informationserleichterungen, sondern das durch sie vermittelte Gefühl, dass ständig „die Stoppuhr“ läuft und die Arbeitsintensität weiter verstärkt. Ein anderes Problem, das ebenfalls bereits beschrieben worden ist, betrifft die zum Teil noch nicht völlig ausgereifte Benutzerfreundlichkeit der auf Handys und Tablets laufenden Software. Auch hier ist nicht die Digitalisierung das Problem, sondern es sind neben den Kinderkrankheiten der Software die nicht vorhandenen Partizipationsmöglichkeiten von Pflegekräften bei der Einführung und Weiterentwicklung digitaler Pflegetechnologien.

Auch aus Sicht der Leitenden der Pflegeanbieter gibt es nur relativ wenige Pflegekräfte, die mit digitalen Pflegetechnologien überhaupt nicht zurechtkommen und ihren Dienst quittieren. Ansonsten werden eher graduelle Abstufungen der digitalen Bereitschaft der Pflegekräfte vermutet. Eine geringere Bereitschaft wird zum Teil am Alter festgemacht (*„Ich glaube, dass viele Pflegedienste, die halt schon lange am Markt sind, viele ältere Mitarbeiter haben, die man schwieriger ins Boot bekommt“*), zum Teil aber auch am vom Alter unabhängigen privaten Umgang mit Digitalisierung (*„Was man halt auch sieht ist, dass - je nachdem - und das würde ich nicht am Alter festmachen, je nachdem wie beschäftige ich mich privat mit digitalen Medien und dementsprechend bin ich der Digitalisierung weniger oder mehr aufgeschlossen gegenüber. Das merkt man ganz deutlich. Da sind auch manche Ältere dabei, die sagen ‚endlich kommt das‘, die Zuhause auch schon viel mit digitalen Medien unterwegs sind und es gibt auch Jüngere, die dem eher verschlossen sind und damit gar nichts anfangen können.“*). Auch eine lange Berufserfahrung könne nach Ansicht einiger Leitender dazu führen, Neuerungen gegenüber skeptisch zu sein: *„Aber wie gesagt, es gibt ja in der ambulanten Pflege einen großen Block Lebenserfahrung. Da ist es dann nicht immer so, dass sie das schon so gelernt haben. Jetzt wird nochmal was weggenommen“*. Zum Teil wird aber auch vermutet, dass Pflegefachkräften die direkte Hilfeleistung für die Pflegeempfangenden wichtiger ist als die organisatorische oder planerische Arbeit am Computer: *„Ich denke, das ist gemischt hier, diese Zukunftsprognose wie sich der Arbeitsalltag verändert. Da gibt es wahrscheinlich ganz unterschiedliche Wahrnehmungen und Gedanken. Manche sagen ‚ja okay, dann bin ich nicht mehr so viel beim Patienten, kann ich mehr über Pflegeprozesse und Pflegeplanung Gedanken machen‘. Das gefällt dem einen, bei den meisten ist es aber schon so, dass sie sagen, ‚ich bin das geworden, Pflegefachkraft, weil ich bei den Leuten sein will und ihnen helfen will und nicht mich im Büro oder mit der Planung mich beschäftigen will“*.

Ausgenommen von wenigen Pflegekräften, die Pflegeanbieter wegen des Einsatzes digitaler Pflegetechnologien verlassen, scheinen anfängliche Probleme mit diesen Technologien aber überwindbar zu sein. Leitende schildern verschiedene Wege, die zu einer gelungenen Einführung digitaler Technologien führen. Das sind an erster Stelle Schulungen: *„Ja, also*

hinsichtlich der mobilen Datenerfassung, die wir machen bzw. mit den Mobilgeräten, da haben wir laufend Schulungen angeboten. Auch in kleineren Gruppen, dass sie halt da auch sicherer werden im Umgang mit ihrem Handwerkszeug. [Frage des Moderators: Und diese Schulungen, wurden die schon bevor es eingeführt wurde gemacht?] Immer für neue Mitarbeiter dann. Und damals, als es eingeführt wurde selbstverständlich in einem größeren Bereich. Da kam auch von der Firma jemand, der die Schulung gemacht hat. Aber inzwischen machen wir das in-house, unsere leitende Pflegekraft, die hat das jetzt immer gemacht. Und da konnten die auch individuelle Fragen stellen und hatten die Ängste dann nicht mehr“. Die im aufgeführten Zitat genannte Schulung „in-house“ bzw. Einarbeitung durch (leitende) Mitarbeitende wird häufiger als Weg geschildert, noch vorhandene Probleme mit digitalen Technologien zu überwinden: „Ich habe gesagt: ‚Dann werden wir die Einarbeitung auch so gestalten, dass man das hinbekommt.‘ Weil, die...das ist learning-by-doing, man muss sich damit befassen, man muss sich da ganz entspannt hinsetzen, und der Einarbeitungsprozess wird genauso angepasst, dass jeder die Möglichkeit hat, das zu lernen. Und wenn man Fehler macht, ist das überhaupt kein Problem. Das ist bei uns auch so eine Kultur, dass wir dann nicht gleich irgendwie sagen ‚also, das war aber falsch und das‘, sondern das ist ein Lernprozess“. Ein dritter geschilderter Weg, der geeignet ist, Befürchtungen bezüglich digitaler Technologien abzubauen, ist die simple Erläuterung, mit welchen Vorteilen der Technologieeinsatz verbunden sein kann: „Ja gut, da hängt es eben davon ab das wir, das ich eben vermitteln kann. Was ist denn euer Nutzen davon. Ja, also und dann kommen wir dann wieder zur TI. Dass das natürlich deutlich einfacher zu vermitteln ist auch wenn da natürlich Bedenken entstehen oder erstmal Unsicherheiten noch sind, was bringt das denn oder was ist es jetzt eigentlich?“. Erklärung und Vermittlung ist sicher dann besonders angebracht, wenn ganz reale Befürchtungen im Zusammenhang mit dem Einsatz digitaler Technologien bestehen. Dass die Möglichkeit, die Tätigkeiten der Pflegekräfte sehr granular zu überwachen, beim Einsatz digitaler Leistungs- und Arbeitszeiterfassungssysteme deutlich zunimmt, ist ein Faktum. Hier sollten Pflegeanbieter in jedem Fall mit den Mitarbeitenden eine Übereinkunft treffen, wofür die Systeme eingesetzt und die gesammelten Daten verwendet werden dürfen. Das geschieht auch zum Teil: „Bei der mobilen Datenerfassung war das bei uns ein Riesenthema ‚Wir werden überwacht‘. (...). Das wurde dann tatsächlich auch behandelt. Das muss man dann auch klar darstellen und sagen, was ist es und warum wird es gemacht. Und was wird nicht gemacht. Und Arbeitszeiten werden natürlich erfasst, auch die Leistungszeiten werden erfasst. Aber es dient dazu, die Leistung abzurechnen und nicht um die Mitarbeitenden zu überwachen. Das haben wir aber schon in den Mittelpunkt gestellt, dass das nicht so ist“.

Gelingt die Schulung und Einarbeitung und werden Pflegekräften Ängste und Bedenken genommen, wird ihr Zugang zum Einsatz digitaler Technologien von Leitenden der Pflegeanbieter ganz überwiegend positiv geschildert. Das gilt für bereits eingeführte Technologien („Also, wenn die Dinge mal eingeführt sind, dann sehen sie es auf jeden Fall größtenteils positiv. Die Mitarbeitenden an der Basis und die im Büro auf jeden Fall. Das sehen wir jetzt gerade.“ ; „Wobei die meisten Mitarbeiter sind wirklich begeistert über ihre Geräte. Weil die sagen, das ist für uns natürlich eine Wahnsinnshilfe.“), aber es gilt auch für künftige Einführungsprojekte („Und das ist auch etwas, womit ich den Mitarbeitern auch ganz, um auf die Frage von vorhin zurückzukommen, dann die Mitarbeiter mitmachen, also zum Beispiel, wenn die aus der Pflegedokumentation eben eine E-Mail schicken können oder einen Pflegebericht schicken können oder sowas direkt an die Arztpraxis und die können kommunizieren. Das ist natürlich etwas, was die Pfleger, worauf die sich sehr freuen.“ ; „Aber das sagen sie ja alle, warum können wir nicht mit dem Doktor schreiben, warum können wir das nicht machen? Warum muss das alles so kompliziert sein? Also, die haben ja schon von sich aus den Wunsch, mehr kommunizieren zu können. Also, so habe

ich es jedenfalls verstanden.“) Vermutet wird auch, dass jüngere Jahrgänge mit Pflorgetechnologien noch weniger Probleme haben werden, weil sie mit digitalen Technologien aufgewachsen sind: „Gerade, wenn ich mir die Mitarbeiter anschau, die jetzt kommen, ja, die Generation die jetzt kommt, ich denke, da brauche ich nicht mit handschriftlichen Sachen kommen oder irgendwie so“.

Dass eine zu geringe digitale Bereitschaft der Pflegekräfte ein Hindernis für die Einführung digitaler Pflorgetechnologien sein könnte, lässt sich zumindest auf Grundlage der in dieser Studie erzielten Ergebnisse nicht bestätigen. Das gilt im übertragenen Sinn auch für die Anbindung an die Telematikinfrastruktur. Selbstverständlich kommt nicht jeder Pflegenden gleich gut mit digitalen Technologien zurecht und wie bei allen Neuerungen entstehen zum Teil auch Ängste. Über Schulungen, Erläuterungen, Vermittlung und einen zeitlich nicht zu knapp bemessenen Einführungszeitraum sowie mithilfe kollegialer Unterstützung lassen sich anfängliche Probleme und Befürchtungen jedoch in den allermeisten Fällen beheben. Bei realen Befürchtungen der Pflegekräfte, die z. B. eine deutlich gesteigerte Überwachungsmöglichkeit ihrer Arbeit betreffen, sollten Pflegeanbieter idealerweise proaktiv mit den Mitarbeitenden klären, wofür die Technologien verwendet werden dürfen und wofür nicht. Vermutlich würde die Einführung digitaler Pflorgetechnologien noch besser gelingen, wenn Pflegeanbieter ihre Mitarbeitenden frühzeitig in den Einführungsprozess einbinden würden. Das ist, wie die Diskussion von Forschungsfrage 7 gezeigt hat, leider regelmäßig nicht der Fall. Dass die Einführung dennoch zumeist relativ problemlos verläuft, bestärkt die Einschätzung, dass Pflegekräfte der Einführung digitaler Pflorgetechnologien und auch der Telematikinfrastruktur weit überwiegend offen gegenüberstehen.

IV. Die wichtigsten Positionen des zahlenmäßigen Nachweises

Im Zuwendungsbescheid vom 27. Januar 2022 war für das Vorhaben „Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen zur Gewinnung und Bindung professoralen Personal in Studiengängen mit sozialer Ausrichtung – Teilvorhaben EKD-SI“ eine nicht rückzahlbare Zuwendung von 52,51 Prozent der zuwendungsfähigen Ausgaben von (höchstens) 73.614,44 € für einen Bewilligungszeitraum vom 1.3.2022 bis 28.2.2025 bewilligt. Sie bezog sich auf den laut Finanzierungsplan kalkulierten Gesamtausgaben des Vorhabens von 140.199,00 €. Anteilsmäßig verteilte sich die Förderung auf die Positionen 0812 (Beschäftigte Entgelt E12 – 15) mit 80,3 %, 0831 (Gegenstände bis 800/410/400 €) mit 0,7 %, 0834 (Mieten und Rechnerkosten) mit 6,9 %, 0843 (Sonstige allgemeine Verwaltungsausgaben) mit 6,4 %, 0846 (Dienstreisen) mit 4,6 % und 0850 (Gegenstände und Investitionen > 800/410/400 €) mit 1,1 %.

Durch das vorzeitige Projektende zum 31.3.2024 bzw. nach 25 statt 36 Monaten beliefen sich die Gesamtkosten des Projekts nach vorläufiger Berechnung auf 95.047,31 € bzw. 67,8 % der kalkulierten Gesamtkosten und lagen damit etwas unter den kalkulierten Kosten nach 25 Monaten. Das lag daran, dass nach dem mit dem Zuwendungsgeber beschlossenen Projektende zum 31.3.2024 und der daraus folgenden sparsamen Mittelverwendung außer den Fixkosten kaum noch Kosten angefallen sind. Letztlich entfielen anteilmäßig auf die Kostenposition 0812 (Beschäftigte Entgelt E12 – 15) 85,4 %, 0831 (Gegenstände bis 800/410/400 €) 0,6 %, 0834 (Mieten und Rechnerkosten) 6,4 %, 0843 (Sonstige allgemeine Verwaltungsausgaben) 2,7 %, 0846 (Dienstreisen) 3,1 % und 0850 (Gegenstände und Investitionen > 800/410/400 €) 1,8% der Gesamtkosten des Vorhabens. Die Kosten und die damit verbundene Förderung befanden sich somit im Rahmen des Gesamtkostenplans. Die vorzeitige Beendigung führte zu einer Reduzierung der Gesamtkosten, soweit dies möglich war.

V. Die Notwendigkeit und Angemessenheit der geleisteten Projektarbeiten

(a) Literaturanalyse

Die Literaturanalyse diente mehreren Zwecken:

- *Erstens* der Einarbeitung in das Forschungsfeld durch eine möglichst umfassende Sichtung der zur Verfügung stehenden Literatur zum Thema Digitalisierung der Langzeitpflege.
- *Zweitens* der Konzipierung des empirischen Forschungsvorhabens. Die Literaturanalyse führte dazu, die (damalige) gesetzliche Frist zur Pflichtenbindung von Pflegeanbietern an die TI während der Projektlaufzeit als einmalige Chance zu identifizieren, ein absolut identisches Digitalisierungsvorhaben bei Pflegeanbietern mit unterschiedlichem Digitalisierungsgrad und unterschiedlichen strukturellen Bedingungen zu beobachten. Damit verbunden war die Entscheidung, eine qualitative Studie mit einem Prä-Post-Design durchzuführen, um aus den Erwartungen der Pflegeanbieter an die TI-Anbindung und ihren technischen Voraussetzungen (Präphase) und ihren Erfahrungen mit der TI-Anbindung und TI-Nutzung (Postphase) wichtige Erkenntnisse für die Entwicklung der „Toolbox“ zu gewinnen.
- *Drittens* der Ableitung bzw. Formulierung von im Rahmen der Studie relevanten Forschungsfragen durch Identifikation (a) der Marktbedingungen und -entwicklungen in der Langzeitpflege, (b) der wirtschaftlichen Lage von Pflegeanbietern und ihres Zusammenhangs mit dem Personalmangel, (c) der wichtigsten Probleme der Langzeitpflege, die durch den Einsatz von digitalen Pflorgetechnologien gelöst werden könnten, (d) der wichtigsten Probleme der Langzeitpflege die durch eine Anbindung von Pflegeanbietern an die Telematikinfrastruktur gelöst werden könnten, (e) der notwendigen technologischen Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit die Anbindung von Pflegeanbietern an die TI mit einem Mehrwert verbunden ist, (f) des Anteils von Pflegeanbietern, die wahrscheinlich die technologischen Voraussetzungen erfüllen, um eine TI-Anbindung verbunden mit einem Mehrwert nutzen zu können und (g) der wichtigsten Hinderungsfaktoren für Investitionen in digitale Pflorgetechnologien.
- *Viertens* der Entwicklung von Interviewleitfäden für die Befragungen der Leitenden von Pflegeeinrichtungen bzw. der Gesprächsleitfäden für die Fokusgruppenbefragungen von Pflegekräften.

Der für die Literaturanalyse veranschlagte Zeitraum von sechs Monaten war angemessen. Die Literaturanalyse diente einer Vielzahl von Zielen, die auch durchgehend erreicht wurden.

(b) Interviews und Fokusgruppengespräche

Die Interviews und Fokusgruppengespräche waren der Kern des empirischen Teils des Forschungsvorhabens. Interviews mit Leitenden von Pflegeanbietern *und* Fokusgruppengespräche mit Pflegekräften waren notwendig, um die Forschungsfragen aus dem Blickwinkel beider Gruppen beantworten zu können. Um zwei Beispiele zu nennen: 1. Leitende von Pflegeanbietern entscheiden über den Einsatz digitaler Pflorgetechnologien, Pflegekräfte wenden sie praktisch an. Das sind offensichtlich völlig unterschiedliche Perspektiven 2. Da (a) schlechte Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege virulent sind und (b) digitale Pflorgetechnologien als ein Mittel gesehen werden, die Arbeitsbedingungen in der Pflege zu verbessern, war es sowohl wichtig, Leitende zu ihren Einschätzungen der

aktuellen Arbeitsbedingungen und des Potenzials digitaler Technologien zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen als auch Pflegekräfte zu genau den gleichen Themen zu befragen.

Um das Ziel einer Datensättigung zu erreichen, war die angedachte Befragung von sechs Pflegeanbietern angemessen, denn zwischen Pflegeanbietern gibt es ganz erhebliche strukturelle Unterschiede (Stationär/Ambulant, Größe, Lage, Alter, Digitalisierungsgrad, u.s.w.), sodass eine Beobachtung des gesamten „Feldes“ eher eine größere Zahl an befragten Pflegediensten und -einrichtungen nahegelegt hätte. Da aber ein Prä-Post-Design gewählt wurde, sodass alle Pflegeanbieter zweimal befragt werden sollten, wäre es forschungsökonomisch nicht möglich gewesen, eine größere Zahl von Pflegeanbietern zu befragen.

VI. Der voraussichtliche Nutzen, insbesondere die Verwertbarkeit der Ergebnisse

Nutzen:

1. Für Pflegeanbieter und ihre Verbände

Die Literaturanalyse und die Ergebnisse der Interviews mit Leitenden von Pflegeanbietern haben ergeben, dass der Informationsstand vieler Pflegedienste und -einrichtungen bezüglich der Anbindung an die Telematikinfrastruktur und insbesondere hinsichtlich der technologischen Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um tatsächlich alle Dienste und Anwendungen der TI verbunden mit einem Mehrwert nutzen zu können, ausgesprochen durchwachsen ist. Pflegeanbieter sollten sich diesbezüglich so früh wie möglich umfassend informieren und es ist auch eine Aufgabe ihrer Verbände, sie dabei so weit es geht zu unterstützen.

2. Für gesundheitspolitische Entscheidungsträger:innen

Während erhebliche Summen in die Forschungsförderung der in der Praxis weitgehend irrelevanten Pflegerobotik fließen, liegen die tatsächlichen Effizienzreserven im forcierten Ausbau der pflegedienst- bzw. einrichtung-internen IKT sowie der pflegedienst- bzw. einrichtungsübergreifenden IKT, im letzterem Falle insbesondere durch eine Anbindung von Pflegeanbietern an die TI. Um diese Effizienzreserven heben zu können, muss die derzeit unzureichende technologische Infrastruktur vieler Pflegeanbieter zur Kenntnis genommen werden. Um die technologische Infrastruktur vieler Pflegeanbieter auf einen Stand zu bringen, der eine TI-Anbindung zum 1.7.2025 ermöglicht, müssen viele Pflegeanbieter Investitionen in ihre technologische Infrastruktur vornehmen, deren Kosten vermutlich weit über den Kosten einer reinen TI-Anbindung liegen. Dazu werden viele Pflegeanbieter im derzeitigen wirtschaftlichen Umfeld nicht in der Lage sein. Um eine (nutzenstiftende) TI-Anbindung aller Pflegeanbieter bis zum 1.7.2025 zu ermöglichen, sind die Investitionsfördermöglichkeiten dringend zu überdenken.

3. Für wissenschaftlich Forschende

In der Studie wurden Forschungslücken identifiziert, die durch weitere Forschungsvorhaben geschlossen werden sollten:

- Die Rolle der Leitungskräfte von Pflegeanbietern als Hinderungsfaktor der Durchführung von Digitalisierungsmaßnahmen in Pflegediensten und -einrichtungen ist bislang nicht grundlegend erforscht worden.

- Es existieren zahlreiche empirische Studien, die den Digitalisierungsgrad gesamter Pflegeanbieter, einzelner Funktionsbereiche von Pflegediensten und -einrichtungen und den Einsatz spezifischer digitaler Pflorgetechnologien untersuchen. Nicht erforscht ist hingegen der Vernetzungsgrad dieser Technologien untereinander sowie mit dem Primärsystem von Pflegeanbietern.

- Die Konzeption der Studie, die Pflichtenbindung der Pflegeanbieter an die TI methodisch anhand einer qualitativen Studie mit einem Prä-Post-Designs zu untersuchen, bleibt hochinteressant und könnte im Rahmen der nun vorgesehenen Pflichtenbindungsfrist des 1. Juli 2025 wiederholt werden – allerdings verbunden mit dem Risiko, dass die Pflichtenbindungsfrist abermals verschoben wird.

Verwertbarkeit:

Es ist zurzeit nicht vorgesehen, die erzielten Ergebnisse wirtschaftlich zu verwerten. Die Möglichkeit einer künftigen Verwertbarkeit ist zurzeit nicht abzusehen.

VII. Geplante Veröffentlichungen des Ergebnisses nach Nr. 5 der NKBF/NABF

Die Ergebnisse werden im September 2025 in Form

- eines Buches (ca. 310 Seiten, Nomos Verlagsgesellschaft) und
- eines Veröffentlichungsformats des Sozialwissenschaftlichen Instituts (16 Seiten, „SI Kompakt“)

publiziert.