

8. Ergebnisse der empirischen Studie

8.1. Die Marktbedingungen in der Langzeitpflege

Wie bereits in Abschnitt 7.1. erwähnt, wurde in dieser Studie davon abgesehen, Pflegedienste und -einrichtungen direkt nach ihrer wirtschaftlichen Situation zu befragen. Grund war die Erwartung, 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.

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

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 bzw. einer 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 bzw. 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 dreht sich offenbar vor allem um Pflegefachkräfte. Die mittlerweile durchaus nicht mehr niedrige Bezahlung von ungelernten Pflegekräften scheint jedenfalls die Möglichkeit eröffnet zu haben, diese 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 Pfl-

gepersonal 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 Kundenwettbewerb zwischen Pflegeanbietern verhindert, es aber einen Wettbewerb um (gut ausgebildetes) Pflegepersonal gibt, wird im Bereich der ambulanten Pflege 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.“*³⁶²

Eine andere Frage ist, ob der fehlende Kundenwettbewerb zu geringeren Innovationsanreizen der Pflegeanbieter führt oder ob diese Anreize ersatzweise auch über den Wettbewerb um Pflegepersonal erzeugt werden können. Eine Beantwortung dieser Frage stand nicht im Fokus des Forschungsinteresses dieser Studie. Die Diskussionen der noch folgenden Forschungsfragen gehen aber mittelbar auf diese Frage ein, denn Pflegeanbieter konnten Auskunft darüber geben, wie sie mit dem Personalmangel umgehen, welche Erwartungen sie mit der Digitalisierung der Pflege verbinden und welche Hindernisse der Digitalisierung ggf. im Weg stehen. Ohne den noch folgenden Ergebnissen vorweggreifen zu wollen, konnten keine Hinweise darauf gefunden werden, dass ein fehlender Wettbewerbsdruck um Pflegeempfangende zu einer geringeren Innovationsbereitschaft der Pflegeanbieter führt. Diese Frage eingehender zu untersuchen, muss allerdings darauf zugeschnittenen, künftigen Forschungsvorhaben überlassen werden.

8.2. Der Personalmangel in der Langzeitpflege

Im letzten Abschnitt wurde gezeigt, dass sich der Wettbewerb von Pflegeanbietern mittlerweile eher um die Gewinnung von Personal als um die Gewinnung von Kunden bzw. zu pflegende Personen dreht. Während es dabei

362 Vgl. O.V. (2024c).

kurzfristig häufig darum gehen wird, überhaupt genügend Pflegekräfte zur Verfügung zu haben, um einen Pflegedienst oder eine Pflegeeinrichtung wirtschaftlich betreiben zu können, könnte der Wettbewerb um Pflegekräfte mittelfristig als Proxy-Wettbewerb um Kunden verstanden werden – zumindest dann, wenn Pflegeanbieter einen Wachstumskurs verfolgen. Über den vermehrten Einsatz digitaler Pflegetechnologien lassen sich unter anderem die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte positiv beeinflussen, was sowohl für die Personalgewinnung als auch -bindung ein wichtiger Faktor ist. Umso interessanter ist es, wie sich der Personalmangel aktuell auf Pflegeanbieter und Pflegekräfte auswirkt, wie ihm begegnet wird und welche Erwartungen über die künftige Entwicklung der Personalsituation bestehen.

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

Die befragten Leitenden der Pflegeanbieter schildern, dass sie die aktuelle Personalknappheit als ein ständiges Arbeiten an der personellen Kapazitätsgrenze erleben. Personalausfälle führten 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, sodass die Entwicklung mit einem gewissen Ohnmachtsgefühl verfolgt wird (*„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 einer sich stetig verschlechternden Personalsituation und der ebenso stetig zunehmenden Mehrbelastung ist den Pflegekräften natürlich bewusst. Nach einem Wunsch gefragt, dessen Eintreten für eine Verbesserung der aktuellen Situation sorgen könnte, lautete die lapidare Antwort einer Pflegekraft: *„Mehr Personal“*. Keine der befragten Pflegekräfte wünschte sich hingegen einen höheren Lohn; ein Hinweis darauf, dass die schlechten Arbeitsbedingungen das Denken der Pflegekräfte weit mehr beherrschen als eine zu geringe Bezahlung. Die viel direktere Betroffenheit der Pflegekräfte

kommt auch dadurch zum Ausdruck, dass sie die Folgen des Personalman- gels 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 Pflegeemp- fangenden: *„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 Menschen- würde der Leute, die wir pflegen“*. Zum anderen sind es aber auch die Kolleg:in- nen: *„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 so offensicht- lich, dass es nicht weiter betont werden muss. Die Schilderungen der Pflege- kräfte decken sich aber auch mit weniger trivialen Ergebnissen anderer Stu- dien. Obwohl sie unter ständigem Zeitdruck arbeiten müssen, legen sie dennoch einen hohen Wert darauf, trotz notwendiger Kompromisse qualita- tiv 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 er- ledigten Arbeitspensum belastet wird. Hingegen schildert keine befragte Pflegekraft, dass ein Verfehlen des gesamten Arbeitspensums deshalb belas- tend sei, weil die Vorgaben von Vorgesetzten nicht erfüllt wurden oder des- halb Sanktionen befürchtet würden. Die Personalsituation ist Leitenden und Pflegekräften gleichermaßen klar. Unter diesen Umständen gehen auch Leitende nicht davon aus, dass Pflegekräfte bei einer angespannten Personal- situation, die z.B. durch krankheitsbedingte Ausfälle von Pflegekräften verursacht worden ist, alle nun zusätzlich anfallenden Aufgaben erledigen können. Zudem wären Sanktionen in einem solchen Fall nicht nur unge- rechtfertigt, sondern vor dem Hintergrund des Wettbewerbs um Pflegeper- sonal auch kontraproduktiv.

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 angelernt 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 einjährige Ausgebildeten, die hat man nicht. Wo soll man die herkriegen? (...) 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 gesehen zu werden, den Personalmangel nachhaltig abzumildern. Weil das Thema in den Gesprächen mit Leitenden keine Rolle spielte, konnten die genauen Gründe hierfür nicht in Erfahrung gebracht werden. Möglicherweise ist die geringe Relevanz dieses Themas in den Gesprächen darauf zurückzuführen, dass nur klein- oder vorstädtische Pflegedienste befragt worden sind, die für ausländische Pflegekräfte weniger attraktiv sind als Pflegeanbieter in Städten und Großstädten.

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 können. So wird zum einen geschildert, dass Pflegekräfte, die Schwierigkeiten mit digitalen Technologien haben, Pflegeanbieter in Einzelfällen 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 werde 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 oder künftig weniger Neueinstellungen vornehmen zu müssen. Dass der Einsatz digitaler Pflegetechnologien dazu führen kann, dass der Pflegeberuf attraktiver wird, wird vereinzelt geäußert, aber von vielen Pflegeanbietern wohl nicht als entscheidender Faktor gesehen, dem Personalmangel zu begegnen. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass digitale Pflegetechnologien regelmäßig nicht darauf ausgerichtet sind, Pflegekräfte direkt zu ersetzen, sodass die Leitenden von Pflegeanbietern vor allem an die fehlenden Substitutionsmöglichkeiten gedacht haben. Und auch wenn effizientere Pflegeprozesse im Laufe der Zeit Personaleinsparungen ermöglichen könnten, stellen sich diese Effekte nicht kurzfristig ein und können vor dem Hintergrund des bestehenden Personalmangels nur dazu dienen, diesen etwas abzumildern.

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 ihre Erwartungen der künftigen Entwicklung sind entsprechend von einem gewissen Fatalismus geprägt. An keiner Stelle der Befragungen wurden auch nur vorsichtig optimistische Erwartungen an die künftige Personalsituation geäußert.

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 spürbar 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 quali-*

fizieren die sich für höherwertige Aufgaben, wie Insulingaben und Kompressions-therapien“. 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 Pflegenden zunehmend Leistungen erbringen dürfen, die bis vor wenigen Jahren Pflegefachkräften vorbehalten waren, so dass ein Qualitätsverlust resultieren könnte: *„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 kaum 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 dürfen. 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 sei und nicht refinanziert würde: *„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 auch die Kompetenzen der Pflegefachkräfte erweitert werden, sodass sie Aufgaben übernehmen dürften, 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 was 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“.* In letzterem Falle würde der Pflegeberuf nicht attraktiver, aber der Personalmangel durch die zusätzlich anfallenden Aufgaben noch verschärft.

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 Aus-

bildungsniveau 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 vorbehaltene 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.

8.3. Die Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege

Die Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege wurden in dieser Studie in vier Bereichen untersucht: Arbeitsinhalte, Arbeitsorganisation, internes Arbeitsumfeld und externes Arbeitsumfeld. Die Auswertung der Interviews mit Leitenden von Pflegediensten und -einrichtungen folgt dieser Differenzierung. Im Fokus stehen dabei nicht nur die Arbeitsbedingungen selbst, die im Bereich der Langzeitpflege bereits in anderen Studien ausgiebig untersucht und dokumentiert worden sind, von Interesse ist auch ihr Zusammenspiel mit eingesetzten Digitalisierungstechnologien, denn es lässt sich annehmen, dass der Einsatz digitaler Pflegetechnologien einen positiven Einfluss auf die Arbeitsbedingungen haben kann.

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

Für die Leitenden der Pflegeanbieter besteht eine Konsequenz der von Kostenträgern vorgegebenen Vergütung einzelner Pflegeleistungen darin, dass Pflegekräfte bei der Erbringung dieser Leistungen so enge Zeitrestriktionen beachten müssen, dass im Regelfall eine echte Bezugspflege unmöglich ist: *„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, diese Pauschale, nicht bezahlt (...): Der Zwang, wirtschaftlich zu arbeiten, ließe eine andere Vorgehensweise 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 unter Umständen nur durch die Abrechnung zusätzlicher Leistungen oder den Verkauf zusätzlicher Leistungsmodule an Pflegeempfangende, 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 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 in der 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 menschliche Zuwendung gegenüber den Pflegeempfangenden wird von den Pflegekräften als etwas geschildert, dem man selbst nicht ausgesetzt sein will: *„(...) 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 dieser „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 hingehe 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 ebenfalls darüber, dass mehr Zeit für die Pflege nur möglich ist, wenn Pflegeempfangende 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 durchgehend 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 als kleinteilige, beinahe tayloristische Arbeitszergliederung 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 aller Fortschritte noch viel aufzuholen, wenn die Pflichtenbindung 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 auch einzubinden. Genau Letzteres geschieht aber häufig nicht, vgl. hierzu die Diskussion von Forschungsfrage 7.

Insgesamt ist festzuhalten, dass der Einsatz digitaler Pflegetechnologien im Bereich der Arbeitsinhalte bei den von uns befragten Pflegeanbietern (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 nicht zu einer Verkürzung der Vorgabezeiten für die Erbringung einzelner Pflegeleistungen führen 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 Pflegetechnologien?

Ein großes Potential des Einsatzes digitaler Pflegetechnologien aus dem Bereich der pflegedienst- bzw. -einrichtung-internen Informations- und Kommunikationstechnologien liegt sicherlich in der Ermöglichung einer effizienteren Arbeitsorganisation. Viele der in Kapitel 5 vorgestellten Pflegetechnologien zielen gerade darauf ab. Lässt man zunächst noch die Auswirkungen des Einsatzes bestimmter Technologien außer Acht und befragt Pflegekräfte allgemein nach den aktuellen arbeitsorganisatorischen Gegebenheiten, dann 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 Personal-mangel hat zusätzlich zur Folge, dass die Erstellung verlässlicher Dienstpläne – 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 Pflegetechnologien 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 größere 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, soweit sie Schwierigkeiten der Mitarbeitenden betrifft, von denen oft eine hohe arbeitszeitliche Flexibilität verlangt wird. Kritisiert wird häufiger, dass eine effiziente Organisation der Arbeit durch viele unplanbare externe Ereignisse 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 großen Fortschritte,

die Leitende bei der Organisation von Pflegeprozessen durch den Einsatz digitaler Informations- und Kommunikationstechnologien sehen. Der Technologieinsatz 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 Pflegetechnologien 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 Berichtblatt noch in der Dienstplanung 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 Pflegetechnologien 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 Pflegetechnologien 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 Pflegetechnologien?

Digitale Pflegetechnologien haben nur begrenzten Einfluss auf die Führungskultur eines Pflegeanbieters. Aber die Führungskultur hat Einfluss darauf, wie Entscheidungen über die Anschaffung 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 Pflegetechnologien 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 regelmäßig nicht in den Entscheidungsprozess über die Anschaffung von Pflegetechnologien einbezogen wird und das Leitende vorwiegend die Auffassung vertreten, dass auch die Erklärung des Nutzens oder der Notwendigkeit der Einführung digitaler Technologien eher oberflächlich ausfallen kann.

Wenn man die Äußerungen der in den jeweiligen Fokusgruppengesprächen befragten Pflegekräfte miteinander vergleicht, scheint es beim Einführungsprozess von Pflegetechnologien zumindest graduelle Unterschiede zwischen Pflegeanbietern 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“*). Bei einem 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 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 einen frühen und inklusiveren Einbezug in den Einführungsprozess schon vorab die „Panik“ zu nehmen.

Die Leitungskraft eines Pflegeanbieters gibt an, Mitarbeitende schon einbinden zu wollen, aber es gäbe zwischen Leitenden und Beschäftigten eine große 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 da glaube ich, hängt 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 wenn ich das den Mitarbeitern nur punktuell so kurz vermitteln kann, dann ist das auch eine ganz normale, logische Reaktion dann.“*. Auch bezüglich der Anbindung an die Telematikinfrastruktur wird dieser Vorgehensweise gefolgt und Mitarbeitende werden höchstens über das absolut Notwendige informiert, wie eine Leitungskraft ausführt: *„Also im Grunde genommen (...) ist es eigentlich gar nicht so, dass man jetzt im Vorfeld bei der TI-Einführung 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 Konzeptionen aus der Pflegeeinrichtung selbst stammten, aber eher nicht auf Grundlage von Ideen der bereits länger beim Pflegean-

bieter beschäftigten 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 vor zu große Herausforderungen stellen sollte: *„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“*. Auch in diesem Fall stellt sich die Frage, ob nicht ein frühzeitiger Einbezug der Mitarbeitenden in die Überlegungen der Leitungskraft dazu führen könnte, dass Überforderungen der Beschäftigten und/oder die diesbezüglichen Befürchtungen der Leitungskraft erst gar nicht entstehen.

Dass es durchaus auch anders gehen kann, zeigt der von einer Leitungskraft geschilderte Fall des Einbezugs von Mitarbeitenden in eine strategische Entscheidung, bei der es nicht um Pflegetechnologien geht, die aber ebenfalls einen Sachverhalt betrifft, bei dem eine Berücksichtigung der beruflichen Expertise der Pflegekräfte nicht unerheblich ist. Zwar fehlt beim geschilderten Fall die Mitarbeitendenperspektive, doch selbst wenn man hinter den völligen Wahrheitsgehalt der Ausführungen der Leitungskraft ein kleines Fragezeichen setzen kann, weist sie dennoch darauf hin, dass ein Einbezug der Mitarbeitendenperspektive bei unternehmerischen Entscheidungen nützlich sein kann: *„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.

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 sowie 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 gefühlte 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 ge-

bracht. 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 eine gleichberechtigte Stellung der Pflege unter den Gesundheitsakteuren ein bedeutender Fortschritt wäre: *„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 darin, ob mit einem Kompetenzzuwachs eine Aufwertung des Pflegeberufs verbunden wäre oder Pflegefachkräfte höchstens als Ausfallbürgen ärztliche Leistungen übernehmen dürften. Was den befragten Leitenden von Pflegeanbietern aber weit schwerer im Magen lag, waren gesundheitspolitische Entscheidungen. Insbesondere Fristsetzungen zur Durchführung verpflichtender Maßnahmen, die dann später – wie bei der Pflichtenbindung der Pflegeanbieter an die Telematikinfrastruktur – weiter in die Zukunft verschoben werden, 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 Leitungspersonen 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 die gesetzten Fristen ignorieren, sodass dem Gesetzgeber letztlich nichts anderes übrig bleibt, als Befristungen tatsächlich in die Zukunft 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 an-*

dere 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 ständige Fristverschiebungen nicht dafür, dass das Vertrauen in die Sinnhaftigkeit des Gegenstandes der verpflichtenden Maßnahmen 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 bei 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 es 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 Pflegetechnologien nicht ohne Belang. Viele Pflegetechnologien aus dem IKT-Bereich sind auf die Bedürfnisse ambulanter Pflegedienste zugeschnitten und können entsprechend vor allem dort zu Effizienzzuwächsen führen. 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 hat sich das externe Arbeitsumfeld 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 der Pflegestärkungsgesetze und 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, ist es auch Aufgabe der Gesundheitspolitik, dass die Effizienzzuwächse, die durch eine digitale Transformation der Pflege erzielt werden können, auch zu besseren Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte führen. Wenn das für Pflegekräfte erkennbar der Fall ist, wird sich möglicherweise auch ihre negative Sichtweise auf die Gesundheitspolitik ändern. 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 fortgesetzt Erwartungen zu frustrieren.

8.4. Die Nutzung digitaler Pflegetechnologien in der Langzeitpflege

In der vorliegenden Studie werden digitale Pflegetechnologien 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. Externe 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.
- 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 dass hierzu der Einsatz von Pflegekräften notwendig wäre.

Ein zentrales Ergebnis der im Rahmen dieser Studie durchgeführten Literaturanalyse ist, dass ein Anschluss an die Telematikinfrastuktur bzw. eine Teilnahme an der digitalen Gesundheitsökonomie für Pflegeanbieter nur dann mit einem Mehrwert verbunden sein kann, wenn sie über eine Basisinfrastruktur im Sinne einer digitalen Vernetzung aller relevanten digitalisierbaren Prozesse der primären und sekundären Pflege verfügen und die dabei erzeugten Datenflüsse mit einem Primärsystem verbunden sind, das zugleich die zentrale Schnittstelle zu pflegedienst- bzw. -einrichtungsübergreifenden Informations- und Kommunikationsprozessen ist. Von daher ist es von großem Interesse, welchen Digitalisierungsgrad 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.

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

Aktuelle Studien zeigen, dass „Technische Assistenzsysteme zur Unterstützung von Pflegekräften“ und „Technische Assistenzsysteme zur Unterstüt-

zung von Pflegeempfangenden“ bislang 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 pflegebegleitender Tätigkeiten für hilfreich gehalten: *„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, da 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 Pflegearbeit 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 von einer Leitungskraft 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 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 wurde 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 AAL-Technologien 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 (...). 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“*. 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 Handys oder Tablets, die als digitale Tourenbegleiter fungieren und zum Teil auch zusätzliche Funktionen besitzen. 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 Tourenplanung. 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 zeigen. 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 in der vorliegenden 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 eines 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 Informations- und Kommunikationstechnologien bzw. den 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 relevanten digitalen Technologien vernetzbar sein sollten und zum anderen die Anbindung an die Telematikinfrastruktur möglich sein muss. Es mag nicht sehr wettbewerbsfreundlich sein, aber Pflegeanbieter sind, wenn sie alle relevanten 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.³⁶³ Es war daher zum Befragungszeitpunkt absehbar, dass sich für Pflegeanbieter bis zum Pflichtanschluss an die TI noch ungeahnte Probleme ergeben werden, wobei einige der befragten Pflegeanbieter diese Probleme durchaus erkannten: *„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 zunächst 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, hat-*

363 Vgl. An der Heiden/Bernhard/Otten (2022, S.24).

ten 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 Schwebelage, 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 setzen: „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 war aber bereits zu diesem Zeitpunkt klar erkennbar, dass Pflegeanbieter, deren Digitalisierungsgrad unter dem der von uns befragten, relativ digitalisierungsaffinen Pflegeanbieter liegt, noch mit hohen Investitionskosten rechnen müssen, wenn sie die Anbindung an die Telematikinfrastruktur (a) bis zum 1. Juli 2025 unter Dach und Fach bringen und sie (b) die TI-Anbindung 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 verschiedenen Kostenträgern wird nochmals dadurch erhöht, dass einige von Ihnen Abrechnungsdienstleister nutzen. Mit wie vielen 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 Thera-

peuten 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 Telematikinfrastruktur 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 berichtete die Leitungskraft eines Pflegedienstes 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, (...), 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 hinziehen: *„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 sehr 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 Berichtblatt, 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 auszusetzen 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 Telematikinfrastuktur 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. KIM 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 letztes 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 weniger Aufmerksamkeit erfährt. Möglicherweise funktioniert die Zusammenarbeit der Pflegeanbieter mit Krankenhäusern aber auch im Großen und Ganzen etwas 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 längststens 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 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 wird, macht deutlich, welch erhebliche Zeit- und Ressourcenersparnisse mit der Anbindung aller Pflegeanbieter an die Telematikinfrastruktur verbunden wären. 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. Damit es dazu kommt, wird es aber notwendig sein, dass Pflegeanbieter tatsächlich aktive

„Mitspieler“ in der digitalen Gesundheitsökonomie werden. Das kann nur gelingen, wenn andere Leistungserbringer des Gesundheitssystems künftig weit mehr als aktuell bereit sind, Pflegeanbieter als kooperierende Partner bei der medizinischen Versorgung von Pflegeempfangenden anzuerkennen.

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

Die Telematikinfrastuktur 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. Die Ursache einiger Hindernisse liegt in der aktuell meist analogen Vernetzung mit anderen Leistungserbringern des Gesundheitssystems, wodurch ein Übergang erschwert wird. In unseren Interviews und Fokusgruppenbefragungen hat sich das Beharren auf analogen Kommunikationswegen, insbesondere durch Kostenträger 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 Telematikinfrastuktur im Speziellen beeinflusst. 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 den Abrechnungsvorgang zum Teil an Abrechnungszentren delegiert haben, mit denen eine Kommunikation nochmals schwieriger zu sein scheint: *„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 der Kommunikation mit verschiedenen anderen Akteuren des Gesundheitswesens, die bereits im analogen Raum bestehen, zeigt sich in den verschiedenen Interviews eine hohe Unzufriedenheit mit den politischen Rahmenbedingungen. Wie bereits diskutiert worden ist, führt es vor allem bei Führungskräften zu Frustration, 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 darüber, ob der Pflichtanbindungstermin diesmal tatsächlich eingehalten werden muss, entschieden sich die allermeisten Pflegedienste und -einrichtungen im ersten Schritt nicht zu einem frühzeitigen Anschluss an die TI. Je näher die ursprüngliche Einführungsfrist kam und je weniger Einrichtungen angeschlossen waren, desto unwahrscheinlicher wurde es, dass die Softwareanbieter und Hardwarehersteller bis Fristende noch alle Anfragen bedienen konnten. Dies wiederum erhöhte den Druck auf die Politik, die Frist nun tatsächlich zu verschieben.

Zu dieser Problemlage kommen weitere, mittelbare Herausforderungen für Pflegeanbieter hinzu, die zum Teil durch die Veränderung politischer Rahmenbedingungen initiiert wurden. Insbesondere in den vergangenen drei Jahren führten die steigenden Energiepreise sowie die Einführung der umgangssprachlich als Tariftreuegesetz bezeichneten Regelung zu signifikanten Kostenerhöhungen, die in weiten Teilen nur unzureichend durch höhere Abrechnungssätze kompensiert wurden. Hinzu kommen die durch den Personalmangel verursachten Schwierigkeiten vieler Pflegeanbieter, nachgefragte Leistungen erbringen zu können, was zusätzliche Umsatzverluste verursacht. Die aus diesen Gründen ausgesprochen angespannte Finanzsituation vieler Pflegedienste und -einrichtungen erschwert oder verunmöglicht zusätzliche 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. aufgrund des schrittweisen Rollouts verschiedener digitaler (Insel-)Lösungen ist eine Vernetzung aller Systeme und insbesondere eine Vernetzung mit dem Primärsystem der Pflegeanbieter häufig nicht möglich. Eine Zusammenführung der verschiedenen digitalen Prozesse im Sinne eines vollständig integrierten Systems ist oft nur dann möglich, wenn hohe Investitionskosten geschultert werden können. Zudem verursacht eine solche digitale Aufrüstung einen hohen organisatorischen Aufwand, der bei laufendem Betrieb und geringen Personalressourcen kaum zu leisten ist. Das 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. Dieser Umstand wird von der Leitungskraft eines relativ neu gegründeten Pflegedienstes wie folgt geschildert: *„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 mit kleinen Pflegeanbietern im Rahmen dieser Studie leider nur informelle Erstgespräche und keine strukturierten Leitfadeninterviews und Fokusgruppenbefragungen geführt werden konnten, kann an dieser Stelle nur auf dieses Problem hingewiesen werden.

Vor diesem Hintergrund ist es beinahe überraschend, dass die digitale Bereitschaft der in dieser Studie befragten Pflegeanbieter über weite Teile hinweg hoch ausgeprägt ist. Sie teilen die nicht selten vorherrschende Skepsis anderer Leistungserbringer:innen des Gesundheitssystems gegenüber der Telematikinfrastruktur nicht. Einen besonders erwähnenswerten Vorteil 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 Leitungskräfte erhoffen sich von der

elektronischen Patientenakte vor allem einen deutlich verbesserten Informationsstand über die gesundheitliche Situation der von ihnen versorgten 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 Leitungskräfte 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 Gesundheitsakteuren: „Ja, also ich denke, dass die TI 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 mit anderen Gesundheitsleistungserbringern 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 könnten: „(...) 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 sein werden („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 binhängen: ‚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 einen weiteren Digitalisierungsschritt. Wie bei der Diskussion von Forschungsfrage 7 herausgearbeitet worden ist, werden Pflegekräfte im Regelfall auch nicht über die potenziellen Vorteile einer TI-Anbindung infor-

miert. 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 Leistungserbringern 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 hinsichtlich einer künftigen Anbindung an die Telematikinfrastuktur hochgradig aufgeschlossen. 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 gut 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 ungewiss. Wenn es das gesundheitspolitische Ziel ist, dass Pflegeanbieter ab 2025 gewinnbringend die TI nutzen, sollten sich verantwortliche Entscheidungsträger bewusst sein, welche Investitionen sie zum Teil noch stemmen müssen. 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-Nutzung 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.

8.5. Hinderungsfaktoren für den Einsatz digitaler Pflegetechnologien in der Langzeitpflege

Vor dem Hintergrund, dass in der überwiegenden Zahl der Pflegedienste und -einrichtungen noch keine digitale Basisinfrastruktur im Sinne einer digitalen Vernetzung möglichst aller relevanten digitalen Prozesse der pri-

mären und sekundären Pflege vorhanden ist, sodass ein Anschluss an die Telematikinfrastruktur häufig nicht mit einem Mehrwert verbunden ist, ist es wichtig zu erfahren, was die wichtigsten Hinderungsfaktoren der Investition in digitale Pflegetechnologien sind.

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

- 1. Die digitale Bereitschaft und die digitalen Fähigkeiten des Personals von Pflegeanbietern,** Digitalisierungstechnologien nutzenbringend zu verwenden.
- 2. Die Kosten digitaler Pflegetechnologien,** d.h. die Anschaffungs- und Betriebskosten sowie die Schulungskosten für das Personal.
- 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.

Leider konnten im Rahmen dieser Studie weder sehr kleine noch sehr große Pflegeanbieter befragt werden, sodass ein Zusammenhang zwischen der Größe von Pflegeanbietern und der Investition in Pflegetechnologien nicht ermittelt werden konnte. Zudem wurden Pflegeanbieter in dieser Studie aus bereits erläuterten Gründen nicht zu ihrer wirtschaftlichen Situation befragt. Untersucht wurde daher nur, ob die digitale Bereitschaft und die digitalen Fähigkeiten der Pflegekräfte wichtige Hinderungsfaktoren für die Einführung digitaler Pflegetechnologien sind.

F12: Sind eine zu geringe digitale Bereitschaft und/oder zu geringe digitale Fähigkeiten der Pflegekräfte Hinderungsfaktoren für Investitionen in digitale Pflegetechnologien?

Wie bereits die Diskussionen der vorherigen Forschungsfragen gezeigt haben, sind digitale Pflegetechnologien in vielen Arbeitsbereichen der Pflege-

dienste 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 in Bezug auf ihre digitale Bereitschaft und ihre digitalen Fähigkeiten. Nur sehr vereinzelt gäbe es Pflegekräfte, die vor größere Probleme gestellt werden. Diese seien häufig darauf zurückzuführen, dass die betreffenden Pflegenden 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 und -einrichtungen ein „Learning-by-doing“ stattfinde: *„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, sodass die Arbeitsintensität weiter verstärkt wird. 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 und Fähigkeiten der Pflegekräfte vermutet. Eine geringere Bereitschaft bzw. geringere Fähigkeiten werden 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 Ausmaß des privaten Umgangs mit Digitalisierungstechnologien (*„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, dokumentarische oder planerische Arbeit an digitalen Endgeräten: *„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 mir 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 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 Wahnsinns Hilfe.“) und 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 Pflegetechnologien 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 Pflegetechnologien sein könnte, lässt sich zumindest auf Grundlage der in dieser Studie erzielten Ergebnisse nicht bestätigen. Das gilt im übertragenden Sinn auch für die Anbindung an die Telematikinfrastruktur. Selbstverständlich kommt nicht jeder bzw. jede 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 Pflegetechnologien 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 und ihre digitalen Fähigkeiten im Regelfall ausreichen, diese Technologien zu nutzen.