

Peter Bleses
Britta Busse
Andreas Friemer *Hrsg.*



Digitalisierung der Arbeit in der Langzeitpflege als Veränderungsprojekt



Springer Vieweg

Digitalisierung der Arbeit in der Langzeitpflege als Veränderungsprojekt

Peter Bleses · Britta Busse · Andreas Friemer
(Hrsg.)

Digitalisierung der Arbeit in der Langzeitpflege als Veränderungsprojekt

Hrsg.

Peter Bleses
Institut Arbeit und Wirtschaft (iaw)
Universität Bremen
Bremen, Deutschland

Britta Busse
Institut Arbeit und Wirtschaft (iaw)
Universität Bremen
Bremen, Deutschland

Andreas Friemer
Institut Arbeit und Wirtschaft (iaw)
Universität Bremen
Bremen, Deutschland

ISBN 978-3-662-60873-9 ISBN 978-3-662-60874-6 (eBook)
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-60874-6>

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

© Springer-Verlag GmbH Deutschland, ein Teil von Springer Nature 2020

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jedermann benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des jeweiligen Zeicheninhabers sind zu beachten.

Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag, noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Springer Vieweg ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Vorwort

Dieser Band stellt wesentliche Ergebnisse des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und Europäischen Sozialfond (ESF) geförderten Verbundprojekts KoLEGE vor (Beiträge 1, 2, 4, 7, 8, 9, 11). Das Verbundprojekt KoLEGE (gefördert vom 1. September 2016 – 31. Dezember 2019, FKZ: 02L15A010-02L15A014) hatte zum Ziel, die Potenziale zu heben, die in der Digitalisierung der Arbeit für eine gute Arbeitsqualität in der ambulanten Pflege liegen. Die Einführung digitaler Tourenbegleiter wurde beteiligungsorientiert als eine soziale Innovation gestaltet, in der Effizienz und gute Arbeitsqualität miteinander verbunden werden. Verfolgt wurden folgende übergreifende Forschungs- und Entwicklungsziele:

- Entwicklung eines Umsetzungskonzepts zur guten Einführung und Praxis digitaler Tourenbegleiter in der ambulanten Pflege für gute Arbeitsqualität und Arbeitsorganisation
- Entwicklung eines an den Bedarfen der Nutzer*innen orientierten Lernkonzepts für digital gestütztes Lernen in der ambulanten Pflege
- Pilotförmige Entwicklung einer praxisorientierten, barrierearmen, mobil und stationär nutzbaren Kommunikations-, Informations- und Lernsoftware
- Ausarbeitung eines praxisgerechten Handlungsleitfadens Digitalisierung für die ambulante Pflege bzw. soziale Dienstleistungen

Das Projekt verortete sich in der praxisorientierten Arbeitsforschung, in der Praxis, Wissenschaft und weitere Entwicklungspartner eng kooperieren und voneinander lernen. Nach einer Analyse von Herausforderungen der Digitalisierung in den beteiligten Unternehmen wurden Praxislösungen für eine gute Einführung und Praxis digitaler Instrumente erarbeitet, erprobt und laufend evaluiert.

In jedem Arbeitsschritt wurden die Belange aller Beteiligten in der Praxis möglichst umfassend berücksichtigt. Zudem war das Projekt so angelegt, dass die technische und inhaltliche Entwicklung der Software arbeitsorganisatorisch eingebunden wurde. Im Vordergrund stand dabei nicht die technische Möglichkeit, sondern die Nutzbarkeit der Technik für die Praxis und damit die Frage: „Wie kann Technik der Praxis helfen?“

Wir haben die Ergebnisse des Verbundprojekts KoLEGE in diesem Band mit den Erfahrungen und Perspektiven von Kolleg*innen verbunden, die in thematisch angrenzenden Themenbereichen geforscht und Praxislösungen entwickelt haben. Diese Beiträge ergänzen die Ergebnisse des Verbundprojekts sinnvoll, weil sie entweder andere Bereiche oder andere digitale Veränderungsprojekte der Langzeitpflege in den Fokus genommen haben. Damit kann dieser Band das Thema „Digitalisierung der Arbeit in der Langzeitpflege“ sehr viel angemessener behandeln als es allein auf Basis der Ergebnisse des Verbundprojekts KoLEGE möglich gewesen wäre.

Danksagung

Die Herausgeber danken zuerst natürlich den Mittelgebern des Verbundprojekts KOLeGE. Ohne die großzügige Förderung seitens des BMBF und des ESF wäre ein solches Forschungs- und Entwicklungsprojekt nicht denkbar gewesen. Wir danken dem Projektträger Karlsruhe (PTKA) für die sehr gute fachliche und förderrechtliche Betreuung des Verbundprojekts, die uns bei der erfolgreichen Umsetzung des Projekts stets geholfen hat. Im Antragsprozess wurde das Verbundprojekt noch vom Projektträger DLR begleitet, dem dafür zu danken ist, dass aus der Skizze einer konkreten Projektidee ein förderfähiger Antrag wurde.

Die Herausgeber, die das Verbundprojekt im Institut Arbeit und Wirtschaft der Universität Bremen und der Arbeitnehmerkammer Bremen koordiniert haben, danken zudem allen Verbundpartnern für ihr großes Engagement über den gesamten Projektverlauf hinweg. Das gilt nicht nur für die Entwicklungspartner Qualitus GmbH aus Köln (Technik) und Wirtschafts- und Sozialakademie der Arbeitnehmerkammer Bremen gGmbH (Lernkonzept und Lerninhalte). Das gilt auch und gerade für die Praxispartner Bremer Pflegedienst GmbH und Johanniter-Unfall-Hilfe e.V., die das Projekt trotz angespannter Personallage und beständig hoher Arbeitsbelastung mitgetragen und durch ihre Beteiligung die empirische Grundlage geliefert haben, ohne die ein Forschungs- und Entwicklungsprojekt der praxisorientierten Arbeitsforschung gar nicht denkbar wäre.

Schließlich gilt unser Dank den Mitautor*innen, die wir außerhalb des Verbundprojekts zur Mitwirkung an diesem Band gewinnen konnten. Es ist alles andere als selbstverständlich, dass sich Forscher*innen, die durch ihre eigenen Projekte stark eingebunden sind, bereit erklären, zur Umsetzung einer Publikationsidee beizutragen, die nicht ‚auf ihrem Mist gewachsen‘ ist. Ihre Mithilfe hat den Band nicht einfach nur thematisch vervollständigt, sondern auch qualitativ auf ein höheres Niveau gehoben! Ein besonderer Dank gilt dabei unserem ‚Lieblings-Kooperationsprojekt‘ im Rahmen des BMBF-Förderschwerpunkts TransWork, den Kolleg*innen des Verbundprojekts GamOR, die nicht nur an diesem Band mitgewirkt, sondern uns auch auf andere Art und Weise bei gemeinsamen Vorhaben (z. B. Veranstaltungen) unterstützt haben.

Dank gilt auch den Koordinator*innen des BMBF-Förderschwerpunkts TransWork, die Broschüren, Veranstaltungen und Austausch im Förderschwerpunkt organisiert haben. Auf diese Weise erhalten einzelne Verbundprojekte die Gelegenheit, ihre eigenen Perspektiven mit denen anderer zu verbinden und damit nicht nur zu weiterführenden Erkenntnissen, sondern auch zu sonst nicht möglichen Kooperationen und einer größeren Öffentlichkeitswirksamkeit zu gelangen. TransWork und dem Springer Verlag ist auch für die Möglichkeit zu danken, diesen Band in eine Folge von Publikationen zu stellen, die alle im Rahmen des Förderschwerpunkts erscheinen. Dadurch wird die Sichtbarkeit der Ergebnisse deutlich erhöht.

Schließlich danken wir den Umsetzungspartnern des Verbundprojekts KOLeGE:

- Arbeitnehmerkammer Bremen
- Arbeiter-Samariter-Bund, Ambulante Pflege GmbH, Bremen
- Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. (bpa), Landesgeschäftsstelle Bremen

- Fachbereich Hausnotruf der Johanniter-Unfall-Hilfe e.V., Regionalverband Bremen/Verden
- Johanniter-Unfall-Hilfe e.V., Landesverband Niedersachsen/Bremen
- Paritätischer Verein Heidekreis e.V
- Die Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport, Bremen
- ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Bremen
- Vincentz-Network, Hannover, Verlagsbereich Altenhilfe

Sie haben uns während des gesamten Projektfortgangs beratend begleitet und gerade beim Ergebnistransfer auf Workshops und Tagungen sowie bei der Publikation in Fachmedien der Pflege sehr hilfreich unterstützt.

Bremen, im April 2020

Peter Bleses, Britta Busse und Andreas Friemer

Förderhinweis

Dieser Band wurde vom Verbundprojekt „KoLeGe“ (FKZ: 02L15A010-02L15A014) initiiert, das im Rahmen des Programms „Zukunft der Arbeit“ vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und dem Europäischen Sozialfonds (ESF), im Förderschwerpunkt „Arbeit in der Digitalisierten Welt“ (TransWork), gefördert und vom Projektträger Karlsruhe (PTKA) betreut wurde. Die einzelnen Beiträge aus dem Verbundprojekt „KoLeGe“ sind jeweils gekennzeichnet. In diesem Band ist neben Beiträgen aus anderen Forschungszusammenhängen außerdem ein Beitrag des Verbundprojekts „GamOR“ (FKZ: 02L15A210-02L15A216) enthalten, das im gleichen Förderschwerpunkt gefördert wurde und mit dem Verbundprojekt „KoLeGe“ eng kooperiert hat.

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung



Zusammen.
Zukunft.
Gestalten.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	V
----------------------	---

Danksagung	VII
-------------------------	-----

Zu den Autorinnen und Autoren	XV
--	----

1 Zur Einführung.....	1
Peter Bleses, Britta Busse und Andreas Friemer	

Teil I Digitalisierung in der Langzeitpflege: Entwicklung, Analyse, Implementation

2 Veränderungsprojekte Digitalisierung der Arbeit in der Langzeitpflege. Anforderungen und Gestaltungsoptionen im Rahmen umfassender Veränderungsprozesse.....	11
Peter Bleses, Britta Busse und Andreas Friemer	

3 Digitalisierungsprozesse und Interaktionsarbeit in der Pflege	33
Volker Hielscher	

Teil II Digitalisierung in der Praxis: Arbeitsorganisation, Arbeitsqualität und Pflegequalität

4 Digitalisierung der Pflegearbeit in der ambulanten Pflege: Herausforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten guter Arbeitsqualität.....	49
Peter Bleses und Britta Busse	

- 5 Kollaborative Dienstplattform. Digitalisierung als Mittel
teamorientierter Selbstorganisation65

Vanessa Kubek, Sebastian Velten, Alarith Uhde, Nadine Schlicker und
Annette Blaudszun-Lahm

- 6 Digitale Patientendokumentationssysteme. Potenziale,
Herausforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten81

Monika Urban und Lena Schulz

Teil III Technikgestaltung für die Praxis: Nutzerorientierung und Datenschutz

- 7 Praxisorientierung und Partizipation. Schlüssel für
Technikgestaltung in Veränderungsprojekten97

Jens Breuer, Peter Bleses und Luka Philippi

Teil IV Lernen und Kompetenzentwicklung

- 8 Blended Learning in der ambulanten Pflege:
Partizipative Gestaltung unter Berücksichtigung
der Diversität von Pflegekräften117

Rebecca Kludig und Andreas Friemer

- 9 Digitale Technik droht? Bedroht? Wirklich nur?
Kompetenzentwicklung in Veränderungsprojekten.....135

Andreas Friemer

- 10 Digitalisierung für die Altenpflege. „Lernreise“
als Instrument des betrieblichen Capacity-Buildings151

Michaela Evans, Christine Ludwig, Wolfram Gießler, Gertrud Breuker und
Wolfgang Scheda

Teil V Offene Fragen und Perspektiven

- 11 Betriebliche und überbetriebliche Handlungs- und
Regulierungsanforderungen in Veränderungsprojekten
der Digitalisierung in der Langzeitpflege 169
Carola Bury und Peter Bleses

Zu den Autorinnen und Autoren

Annette Blaudszun-Lahm ist Dipl.-Pflegerin und Krankenschwester. Seit 2002 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Technologie und Arbeit e.V. und arbeitet vorrangig in Projekten zur Beurteilung und Verbesserung der Wirkungsorientierung, der Arbeitszufriedenheit und der Lebens- und Teilhabequalität in Unternehmen der Sozialwirtschaft

Dr. Peter Bleses, Diplom-Politologe, promovierte zum Dr. rer. pol. an der Universität Bremen, Abteilungsleiter am Institut Arbeit und Wirtschaft (iaw) der Universität und Arbeitnehmerkammer Bremen, Forschungsschwerpunkte: Arbeits- und Organisationsgestaltung in Veränderungsprozessen (insbesondere in den sozialen Dienstleistungen), Perspektiven nachhaltiger Beschäftigungsfähigkeit, Sozialpolitik

Dr. Jens Breuer, Diplom-Handelslehrer, promovierte zum Dr. rer. pol. an der Universität Köln, Bereichsleiter für Digitale Lernsysteme bei der Qualitus GmbH, Arbeitsschwerpunkte: Einführung und Unterstützung digitaler Technologien für Lehr-/Lernprozesse, Beratung bei der Einführung von e-Learning

Gertrud Breuker, Diplom-Soziologin, pädagogische Mitarbeiterin im Bildungswerk ver.di in Niedersachsen e. V. Region Osnabrück, Arbeitsschwerpunkte: Drittmittelgeförderte Projekte entwickeln und umsetzen, Personal- und Organisationsentwicklung, Fort- und Weiterbildungsmanagement

Carola Bury, M.A., Referentin für Gesundheitspolitik bei der Arbeitnehmerkammer Bremen. Schwerpunkte: Arbeitsbedingungen in sozialen Dienstleistungen

Dr. Britta Busse, Diplom-Soziologin, promoviert zum Dr. rer. pol. an der Universität Kassel, Forschungsleiterin am Institut Arbeit und Wirtschaft (iaw) der Universität und Arbeitnehmerkammer Bremen, Forschungsschwerpunkte: Arbeits- und Organisationsgestaltung in Veränderungsprozessen (insbesondere in Zusammenhang mit Digitalisierung), Perspektiven nachhaltiger Beschäftigungsfähigkeit, Empirische Sozialforschung, Jugendsoziologie

Michaela Evans, Diplom-Sozialwissenschaftlerin, Direktorin des Forschungsschwerpunktes „Arbeit und Wandel“ am Institut Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen, Forschungsschwerpunkte: Aufwertung sozialer Dienstleistungsarbeit, Digitalisierung im Kontext subjektiver Aneignung und betrieblicher Innovationsfähigkeit, Sozialpartnerschaftliche Gestaltungsstrategien

Andreas Friemer ist Diplom-Sozialwissenschaftler und forscht am Institut Arbeit und Wirtschaft (iaw) der Universität und Arbeitnehmerkammer Bremen zu Perspektiven nachhaltiger Beschäftigungsfähigkeit. Seine Forschungsschwerpunkte liegen in der anwendungsorientierten Kompetenzforschung, insbesondere in Bezug auf die Anforderungen an individuelle und organisationale Kompetenzentwicklung durch die Digitalisierung der Arbeit

Wolfram Gießler, Krankenpfleger, Lehrer für Pflegeberufe, BBA, arbeitet im BiG Bildungsinstitut im Gesundheitswesen in Essen im Fachbereich Personalentwicklung mit den Schwerpunkten, Bildungsmanagement, kompetenzbasierte Personalentwicklung, digitale Personalarbeit in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen

Dr. Volker Hielscher, Diplom-Sozialwissenschaftler, promovierte zum Dr. rer. pol. an der Universität Bremen. Wissenschaftlicher Leiter und Geschäftsführer des Instituts für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (*iso*) e.V., Arbeitsschwerpunkte zur Digitalisierung personenbezogener Dienstleistungsarbeit, Arbeitszeitforschung, Entwicklung von Organisation und Arbeit sowie zur Pflegepolitik

Rebecca Kludig, B. A. Public Health / Gesundheitswissenschaften und Kulturwissenschaften, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Bildungsmanagerin für Gesundheits- und Sozialberufe sowie Projektmitarbeiterin (MARIDAL) bei der Wirtschafts- und Sozialakademie der Arbeitnehmerkammer Bremen (wisoak gGmbH)

Dr. Vanessa Kubek ist Diplom-Politologin, promovierte in Wirtschaftswissenschaften an der TU Kaiserslautern und ist Systemische Beraterin (DGSF), Systemischer Coach und Organisationsentwicklerin (SG/DGSF). Sie ist in Forschung und Beratung u. a. spezialisiert auf die Themen (digitale) Transformation in der Sozialwirtschaft sowie zukunftsfähige Ansätze zu Führung und Zusammenarbeit in Organisationen

Christine Ludwig, Diplom-Politikwissenschaftlerin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsschwerpunkt „Arbeit und Wandel“ am Institut Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule Gelsenkirchen, Forschungsschwerpunkte: Arbeitsbeziehungen und Arbeitspolitik, Altenpflege als Erwerbsarbeit, Berufspolitik und Mitbestimmung in der Altenpflege

Luka Philippi, Master of Science in Educational Technology, Projektleiterin für Digitale Lernsysteme bei der Qualitus GmbH, Arbeitsschwerpunkte: Einführung und Unterstützung digitaler Technologien für Lehr-/Lernprozesse, Beratung bei der Einführung von e-Learning

Wolfgang Scheda, Diplom-Soziologe, Regionalleiter des Bildungswerkes ver. di in Niedersachsen e. V. in Osnabrück, Arbeitsschwerpunkte: Personal- und Organisationsentwicklung, Fort- und Weiterbildungsmanagement, ESF-Projekte

Nadine Schlicker ist Psychologin und seit 2017 UX Researcherin bei Ergosign GmbH. Ihr besonderes Forschungsinteresse gehört der Mensch-Maschine Interaktion. Speziell beschäftigt sie sich mit der Erklärbarkeit intelligenter Systeme und wie sich diese auf die Wahrnehmung von Gerechtigkeit, Vertrauen, Verantwortung und Autonomie verschiedener Nutzergruppen auswirkt. Außerdem widmete sie sich in den vergangenen Jahren dem Thema „nachhaltige Gamification“

Lena Schulz, M.A. Public Health - Gesundheitsförderung und Prävention, Anwendungsberaterin und Projektmanagerin bei der apenio GmbH & Co. KG in Bremen, Tätigkeitsschwerpunkt: intelligente Dokumentationen in der Pflege

Alarith Uhde ist Mitarbeiter der Universität Siegen am Lehrstuhl für "Ubiquitous Design/ Erlebnis und Interaktion". Zuvor studierte er Psychologie und Informatik im Saarland, Frankreich und Japan. Seine Forschung zielt auf die Gestaltung positiver Mensch-Computer-Interaktionen ab, mit einem Fokus auf das subjektive Erleben, computermedierte zwischenmenschliche Prozesse sowie autobiographisches Gedächtnis

Dr. Monika Urban, Sozialwissenschaftlerin, promovierte zum Dr. phil an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg, Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) an der Universität Bremen, Forschungsschwerpunkte: Soziologie der Gesundheit, Soziologie der Digitalisierung, Technik- und Alterssoziologie

Dr. Sebastian Velten studierte Wirtschaftsmathematik an der TU Kaiserslautern und promovierte in Wirtschaftswissenschaften an der Universität des Saarlandes in Saarbrücken. Seit 2008 arbeitet er als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Fraunhofer Institut für Techno- und Wirtschaftsmathematik ITWM und beschäftigt sich u.a. mit der Entwicklung von Entscheidungsunterstützungssystemen sowohl für die produzierende Industrie als auch für Unternehmen aus der Sozialwirtschaft

1 Zur Einführung¹

Peter Bleses, Britta Busse, Andreas Friemer

Zusammenfassung

Der Beitrag führt in die übergreifende Thematik des Bandes „Digitalisierung der Arbeit in der Langzeitpflege als multidimensionales Veränderungsprojekt“ ein. Er zeigt zunächst kurz die gegenwärtigen Herausforderungen der Arbeit in der Langzeitpflege auf, schildert die Ziele, die mit der Digitalisierung der Arbeit meist verbunden werden und macht deutlich, dass für die erfolgreiche Umsetzung von Digitalisierungsprojekten in der Langzeitpflege die Verbesserung der Arbeitsqualität in Wechselwirkung mit der Pflegequalität und Kosteneffizienz in den Fokus gerückt werden muss. Im Anschluss daran werden die Beiträge des Bandes kurz geschildert, die sehr praxisbezogene arbeits-, organisations- und technikwissenschaftliche Analysen zentraler Veränderungsaspekte der Digitalisierung von Arbeit in der Langzeitpflege vornehmen. Abschließend wird das vom BMBF und ESF geförderte Verbundprojekt KOLeGE dargestellt, das diesen Band initiiert hat und zahlreichen Unterstützer*innen zu Dank verpflichtet ist.

1.1 Zum Thema: Digitalisierung der Arbeit in der Langzeitpflege als multidimensionales Veränderungsprojekt

Ein Band, der um Veränderungen der Arbeit in der Langzeitpflege kreist, kommt nicht darum herum, das Thema in den Fokus zu rücken, das Gesellschaft und Politik in Deutschland schon seit langem und immer stärker beschäftigt: die schlechte und sich weiter verschlechternde Arbeitssituation in diesem so zentralen Sektor personaler sozialer Dienstleistungen. Die meisten Problematiken, die dazu geführt haben, sind hinreichend bekannt. Nur noch einmal in Kürze: historisch schlechte Arbeitsbedingungen, die insbesondere durch geringes Lohnniveau, Schicht-, Wochenend- und Feiertagsarbeit, psychisch und physisch belastende Tätigkeiten sowie eine seit Jahren zunehmende Arbeitsverdichtung (vgl. Schmucker 2020) gekennzeichnet sind. Ursächlich für wachsende Belastungen sind die demographische Entwicklung (vgl. Schwinger et al. 2019) und Leistungsausweitungen (vgl. Rothgang/Müller 2018). Resultate sind mehr Pflegebedürftige, ein steigendes durchschnittliches Alter des Pflegepersonals und ein sinkendes Potenzial nachkommender Pflegekräfte. Selbst bei einer (leider nicht mehr gegebenen) ausreichenden Zahl an jungen Ausbildungsinteressent*innen würde sich die Frage stellen, ob sich angesichts der Arbeitsbedingungen in der Pflege denn in Konkurrenz mit ‚attraktiveren‘ Tätigkeitsfeldern genügend junge Menschen für eine Ausbildung oder Arbeit in der Pflege entscheiden würden. Sicher: Die Zahl der Pflegekräfte in der Langzeitpflege ist tatsächlich in den vergangenen Jahren deutlich angestiegen – sie reicht aber nicht, um den wachsenden Bedarf abzudecken. Und hohe Fluktuationsquoten, Rückzüge von Pflegekräften in Teilzeit,

¹ Dieser Beitrag beruht auf den Ergebnissen des vom BMBF und ESF geförderten Verbundprojekts KOLeGE („Interagieren, Koordinieren und Lernen – Chancen und Herausforderungen der Digitalisierung in der ambulanten Pflege“, gefördert vom 1. September 2016 – 31. Dezember 2019, FKZ: 02L15A010-02L15A014).

(eigentlich erwünschte) qualifikatorische Aufstiegsmobilität in leitende Tätigkeiten und hohe Erkrankungsraten tun ein Übriges, um den wachsenden Personalnotstand zu verstärken.

Ein aktuelles Gutachten von Heinz Rothgang und Kolleg*innen an der Universität Bremen (Weser-Kurier vom 25.02.2020) bilanziert, dass schon jetzt in der Langzeitpflege ca. 100.000 Pflegekräfte fehlen. Verbesserungen der Arbeitsbedingungen und mehr Ausbildung (gerade auch von Assistenzkräften) werden gefordert. Niemand allerdings weiß so recht, wo die Auszubildenden herkommen sollen und wer die Kosten für verbesserte Arbeitsbedingungen übernehmen soll. Beiträge – so das seit mittlerweile Jahrzehnten herrschende Dogma – sollen nicht zu stark steigen, um Unternehmen und Beitragszahler*innen nicht zu überlasten. Die Pflegekassen wiederum sehen ohne stärker steigende Einnahmen kaum Bewegungsspielraum zur Refinanzierung deutlich höherer Lohnniveaus in der Pflege. Und die Pflegebedürftigen selbst sind zu einem großen Teil mit den schon jetzt stark gestiegenen Eigenanteilen für Pflegeleistungen überlastet, ebenso die Kommunen, die mit Hilfen zur Pflege als letztes Finanzierungsnetz für finanziell überforderte Pflegebedürftige und ihre unterhaltspflichtigen Angehörigen einspringen müssen. Blieben als Aus- oder vielleicht neuer Weg Steuermittel, mit denen ja bereits die kommunale Hilfe zur Pflege finanziert wird, aus denen durch den Bund Zuschüsse zur Pflegeversicherung für Lohnsteigerungen und mehr Pflegepersonal (so es denn zu bekommen wäre) geleistet werden könnten. Diese Lösung erscheint aber aktuell sehr unwahrscheinlich, da ja bereits die Zuschüsse zur Rentenversicherung (z. B. Grundrente) die Steuerzahler*innen in der Zukunft stärker belasten werden.

Und gerade jetzt, wo eigentlich niemand so recht weiß, wie die gewaltigen Probleme gelöst werden könnten, klopft die Digitalisierung der Arbeit auch in der Langzeitpflege mit Macht an die Tür. Immer mehr Einrichtungen der Langzeitpflege nutzen inzwischen verschiedene digitale Technologien, um die Pflegearbeit zu planen, zu koordinieren, zu dokumentieren und abzurechnen. Auch politisch wird die Digitalisierung in diesen Einrichtungen und/oder deren Einbeziehung in überbetriebliche digitale Netzwerke vorangetrieben. Hier ist etwa das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz zu nennen, das im Januar 2019 in Kraft trat und insbesondere Maßnahmen zur digital unterstützten Verbesserung der betrieblichen Arbeitsorganisation fördert. Hinzu tritt das im November 2019 beschlossene Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG), das auf die datengeschützte digitale Vernetzung verschiedener Gesundheitsdienstleistungen (Arztpraxen, Kliniken, ambulante Pflegedienste, Apotheken usw.) abzielt. Solche Vernetzungsvorhaben setzen prinzipiell die Digitalisierung des betrieblichen Datenverkehrs voraus, um überhaupt anschlussfähig zu werden.

Mit Hilfe der Digitalisierung werden Erwartungen verbunden, Lösungen für die o.g. ‚Baustellen‘ in der Pflegebranche anzubieten: Es ließen sich Kosten senken, Aufwand gerade auch im organisatorischen Bereich verringern und durch diese Optimierungen könnte auch dem Personalmangel und seinen Folgen begegnet werden. Und das einfach und schnell, wenn die Pflege nur mitspielen würde:

„Die Digitalisierung ist kein technisches Problem. Die Digitalisierung der Pflege ist vielmehr *die* Antwort auf den Fachkräftemangel und kann den Traum »mehr Zeit am Patienten« verwirklichen helfen“ (Kasper 2019, S. 299).

Diese – sicherlich – sehr optimistische Sicht auf die Leistungsfähigkeit und die Auswirkungen des Einsatzes digitaler Technik in der Pflege wird gerne mit dem Vorwurf verbunden, dass man in der Pflege auch schon viel weiter sein könnte mit ‚der Digitalisierung‘,

wenn sich diese, und hier vor allem die Langzeitpflege, nicht so innovationsfeindlich zeigen würde.

Die weitreichenden technikbezogenen Heilserwartungen einerseits und – angeblich oder tatsächlich – zu beobachtende Technikwiderstände andererseits provozieren geradezu eine arbeits- und organisationswissenschaftliche wie techniksoziologische (Drauf)Sicht auf die Digitalisierung von Arbeit in der Langzeitpflege. Gerade weil die Langzeitpflege aufgrund ihrer prekären Lage alle Hilfsmittel für die Bewältigung der Probleme in Erwägung ziehen sollte.

Die Beiträge des vorliegenden Bandes nehmen daher arbeits-, organisations- und technikwissenschaftliche Perspektiven auf die Digitalisierung der Arbeit in der Langzeitpflege ein, die nicht einseitig und vereinfachend, sondern analytisch und zusammenhangsorientiert argumentieren. Die verschiedenen Vorhaben der Digitalisierung der Pflegearbeit in der Langzeitpflege stellen – so die Grundannahme dieses Bandes – *komplexe Veränderungsprojekte* dar, die nur *mehrdimensional* erfasst, beurteilt und gestaltet werden können (siehe Bleses et al. in diesem Band, Kap. 2). Gefragt wird vor allem: Welche Herausforderungen besitzt die Digitalisierung der Arbeit in verschiedenen Dimensionen in der Langzeitpflege (in Bezug auf Kompetenzentwicklung, Vereinbarkeit von Technikeinsatz und pflegerischer Berufskultur, personelle und finanzielle Ressourcen u. v. m.)? Welche Chancen bieten sich für gute Pflegearbeit? Und wie können diese durch gute Planung und Gestaltung der digitalen Veränderungsprojekte genutzt werden?

Im Fokus der Beiträge steht die Arbeitsqualität, insbesondere aus Sicht der Pflegekräfte (siehe zu einer Begriffsbestimmung Bleses/Busse in diesem Band, Kap. 4). Die verschiedenen negativen Aspekte von Arbeitsqualität in der Langzeitpflege werden in Studien immer wieder thematisiert, z. B. dass die Löhne meist subjektiv als zu niedrig empfunden werden (der Lohnabstand zu anderen Branchen und selbst zur Krankenpflege lässt sich ja auch objektiv nachweisen, vgl. Greß/Stegmüller 2020). Auch die zunehmende Arbeitsverdichtung und deren gesundheitliche Folgewirkungen werden regelmäßig in den Mittelpunkt gerückt, wenn Pflegekräfte nach ihrer Arbeit befragt werden (vgl. Schmucker 2020). Aber weitaus weniger bekannt ist, wie Pflegekräfte ihre alltägliche Arbeit mit Pflegebedürftigen einschätzen und wo sie selbst Verbesserungspotenzial im Hinblick auf eine digitale Unterstützung sehen. Wird Digitalisierung von ihnen tatsächlich abgelehnt? Und was wären die Bedingungen und Wege, eine digitale Unterstützung ihrer Arbeit nicht nur akzeptieren zu können, sondern diese auch möglichst gerne und für sie nutzenbringend einzusetzen?

Auch wenn man es heute kaum noch glauben kann, stand die Arbeitsqualität der Pflegekräfte in der Langzeitpflege traditionell nicht im Fokus von Forschung und Entwicklung. Frühere Analysen, gesellschaftliche und politische Debatten wurden eher durch Fragen der Pflegequalität und der Kosteneffizienz dominiert – und dies gilt bis heute. Gerade in Bezug auf die Verbesserung der Pflege- und Arbeitsqualität entsteht in der Debatte oft der Eindruck, dass es sich hierbei fast um gleiche Ziele handelt bzw. dass mit Maßnahmen zur Verbesserung des einen Ziels auch positive Wirkungen auf das andere Ziel verbunden sind. Das ist aber alles andere als selbstverständlich. Vielmehr haben Becke et al. (2013) mit dem sogenannten *Produktivitätsdreieck sozialer Dienstleistungen* gezeigt, dass die drei Qualitätsdimensionen in den sozialen Dienstleistungen: *Kosteneffizienz*, *Arbeitsqualität* und *Unterstützungsqualität* (für die Pflege würde man das in *Pflegequalität* ändern) drei Pole des Dreiecks bilden, weil sich hier jeweils bestimmte und im Vergleich zu den anderen Polen meist unterschiedliche Ziele, Interessen, Interessengruppen versammeln. Diese drei Pole können durch verschiedenartige Interventionen relativ leicht isoliert

verändert werden (z. B. Effizienzverbesserung durch kostensenkende Personalreduktion). Aber die möglichen Folgewirkungen solcher isolierten Maßnahmen auf die anderen Pole sind schon sehr viel schwieriger zu antizipieren oder werden erst gar nicht berücksichtigt. So können sich z. B. in Folge effizienzorientierter Umstrukturierungen in der Verwaltung Mehraufwände für die Pflegekräfte ergeben und dadurch deren Arbeitsqualität verschlechtern.

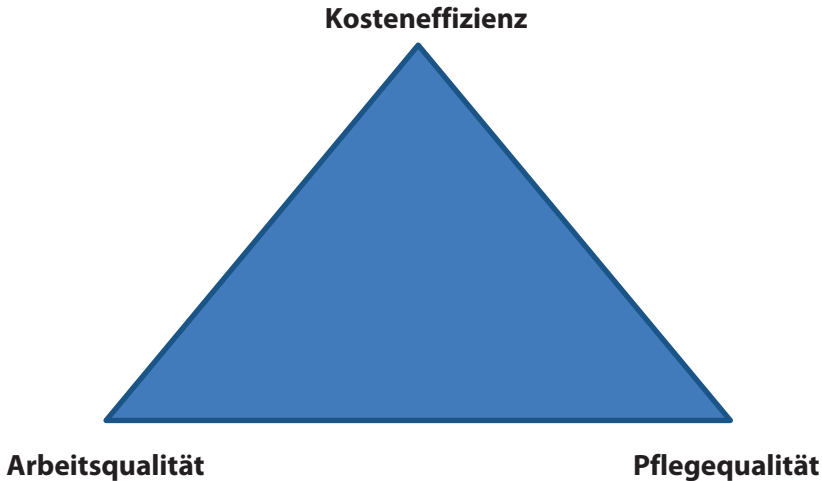


Abb.1.1: Produktivitätsdreieck für die ambulante Pflege (eigene Darstellung nach Becke et al. 2013)

Auch die Pflege- und Arbeitsqualität unterscheiden sich schon dadurch, dass Pflegebedürftige primär an der Pflegequalität, Pflegekräfte primär an der Arbeitsqualität interessiert sind. Beides kann in Konflikt miteinander geraten, wenn etwa die Pflegebedürftigen mehr Betreuungszeit von Pflegekräften erwarten, sich Pflegekräfte aber um ihrer Arbeitsqualität (und Gesundheit) willen von für sie zu weitgehenden Ansprüchen der Pflegebedürftigen abgrenzen müssen. Um z. B. Interessenkonflikte im Produktivitätsdreieck zu vermeiden, müssen daher Veränderungsprojekte wie die Digitalisierung der Pflegearbeit immer auf mögliche negative Folgewirkungen abgeklopft und ggf. Ausgleichsmaßnahmen geplant werden. Noch besser ist es allerdings, positive Folgewirkungen im Produktivitätsdreieck anzustoßen, also Veränderungen zu initiieren, die an allen drei Polen sich möglichst verstärkende oder unterstützende Verbesserungen bewirken. Die Digitalisierung der Pflegearbeit bietet ein diesbezügliches Potenzial, aber dazu sind Wirkungszusammenhänge systematisch in die Analysen, Planungen und Gestaltung von komplexen digitalen Veränderungsprojekten einzubeziehen.

Wenngleich die Beiträge dieses Bandes auf die Arbeitsqualität in der Langzeitpflege fokussieren, ist unterstellt, dass es eine gute Arbeitsqualität in schlecht funktionierenden oder überforderten Organisationen auf Dauer nicht geben kann. Zwar ist nicht umstandslos für die Arbeitsqualität der Pflegekräfte hilfreich, was der Organisation hilfreich wäre (siehe das obige Beispiel der Konkurrenz von Kosteneffizienz und Arbeitsqualität). Aber es gibt viele Berührungspunkte und wechselseitig positiv wirkende Effekte. Auch gerade was die Effizienz anbelangt. Denn nicht nur Pflegeunternehmen, sondern auch Pflegekräfte haben ein Interesse an weniger aufwändigen organisatorischen Prozessen, die auf Kosten der eigentlichen Pflege viel Arbeitszeit verschlingen. In einem Veränderungspro-

jekt ist daher gut zu analysieren und im Rahmen von Austauschprozessen zwischen den Beteiligten zu eruieren, wie möglichst Positivsummenergebnisse für alle zu erreichen sind.

Mit Austauschprozessen ist eine weitere wichtige Perspektive angesprochen, die praktisch alle Beiträge dieses Bandes eint: Eine gute Gestaltung der Digitalisierung von Arbeit ist ohne die Berücksichtigung der Perspektiven und Interessen der Beschäftigten nicht zu erreichen. Das dürfte branchenübergreifend gelten, trifft aber für die Langzeitpflege aufgrund der speziellen Charakterisierung von Pflegearbeit als Arbeit am und mit Menschen besonders zu, da z. B. Technik und persönliche Austauschbeziehungen als Basis guter Pflege tendenziell in Konflikt geraten *können*. Dazu sind systematische und nicht nur einmalige oder situative Beteiligungsprozesse möglichst aller Gruppen in der Langzeitpflege notwendig, die die Beteiligung betrieblicher Interessenvertretungen (Personal- und Betriebsräte sowie Mitarbeitervertretungen) und die direkte Beteiligung von Beschäftigten einschließen sollten. Wo möglich, sollte beides gemeinsam umgesetzt werden. Während die Beschäftigten (hier vor allem Pflegekräfte, aber auch mitarbeitende Verwaltungs- und mittlere Führungskräfte) selbst die eigentlichen Expert*innen ihrer Arbeitsqualität in Veränderungsprozessen sind, können betriebliche Interessenvertretungen insbesondere auch die Rahmenbedingungen der Veränderungsprojekte mitgestalten (z. B. Betriebsvereinbarungen) und darauf achten, dass Beschäftigte in direkten Beteiligungsprozessen keine Nachteile erleiden und sich nicht überfordern. Leider gibt es – insbesondere im privat organisierten Bereich – in vielen Unternehmen der Langzeitpflege keine betriebliche Interessenvertretung. Hier gilt eine besondere Sorgfaltspflicht der Arbeitgeber, die Beschäftigten in Veränderungsprojekten nicht nur einzubeziehen und mitzunehmen, sondern auch darauf zu achten, dass die Beteiligung nicht ‚auf deren Kosten‘ geht.

1.2 Zu den Beiträgen

Die nachfolgenden Beiträge zu diesem Band sind in fünf Themenbereiche gegliedert. Im Themenbereich I „Digitalisierung in der Langzeitpflege: Entwicklung, Analyse, Implementation“ geht es im Beitrag von Bleses et al. (siehe Kap. 2) zunächst um die grundlegende Ausarbeitung eines mehrdimensionalen Schemas zur Erfassung der Veränderungsprojekte ‚Digitalisierung der Arbeit in der Langzeitpflege‘. Dieses Schema soll nicht nur dabei helfen, die Komplexität solcher Veränderungsprojekte verstehen zu können, es soll konkret auch bei der Analyse von Herausforderungen und Gestaltungschancen angewendet werden können sowie Interdependenzen zwischen den Dimensionen zeigen. Damit liefert dieser Beitrag eine Grundlage zur Einordnung der verschiedenen Veränderungsaspekte und -projekte, die in den Beiträgen der nachfolgenden Themenbereiche verhandelt werden. Auch der Beitrag von Hielscher im ersten Themenbereich (siehe Kap. 3), der verschiedene digitale Entwicklungsprozesse in der Langzeitpflege schildert und diese anschließend am Beispiel der Patientendokumentationssysteme illustriert, hat grundlegende Bedeutung für den Band, weil er den Zusammenhang von Digitalisierung und Interaktionsarbeit aus Sicht der Beschäftigten gerade für die Einführung digital gestützter Technik schildert. Dieses nicht immer einfache, auf jeden Fall aber herausfordernde Zusammenspiel von technisch induzierten Veränderungen mit den Besonderheiten der Pflegearbeit für die Beschäftigten besitzt für viele der folgenden Beiträge eine zentrale Bedeutung.

Im Themenbereich II „Digitalisierung in der Praxis: Arbeitsorganisation, Arbeitsqualität und Pflegequalität“ konzentrieren sich drei Beiträge auf konkrete Veränderungsprojekte der Digitalisierung von Arbeit in der Langzeitpflege. Im Beitrag von Peter Bleses und Britta Busse (siehe Kap. 4) geht es um die organisationale Rahmung der Digitalisierung

von Arbeit in der ambulanten Pflege mittels digitaler Tourenbegleiter. Ausgehend von einer Definition von Arbeitsqualität in der ambulanten Pflege sowie deren Gefährdungen werden die Herausforderungen und Entwicklungsmöglichkeiten von Maßnahmen – insbesondere in der Gestaltung von Kommunikationsstrukturen – diskutiert, mittels derer die Arbeitsqualität aus Sicht der Pflegekräfte verbessert werden könnte. Im anschließenden Beitrag von Kubek et al. (siehe Kap. 5) wird ein Einsatzfeld digitaler Technik behandelt, das ebenfalls der Verbesserung der Arbeitsqualität in der (diesmal) stationären Langzeitpflege dient. Es geht um die beteiligungsorientierte Entwicklung und Erprobung einer digital gestützten Dienstplanung, die neben den dienstlichen Belangen auch die privaten Interessen der Pflegekräfte berücksichtigen soll. Die Pflegekräfte sollen befähigt werden, ihren Dienstplan unter Vorgabe und Beachtung bestimmter Parameter möglichst selbst organisiert erstellen und im Bedarfsfall auch verändern zu können. Hier spielen Fragen von Austausch, Aushandlung, Transparenz und Fairness, Verlässlichkeit und Zufriedenheit der Pflegekräfte eine wichtige Rolle! Im Beitrag von Urban und Schulz (siehe Kap. 6) geht es erneut um das für die stationäre Langzeitpflege so wichtige Entwicklungsfeld der digital gestützten Patientendokumentation. Ihr Fokus liegt auf einem Abgleich der Ziele, die mit der Umsetzung dieses digitalen Veränderungsprojekts in der Langzeitpflege verbunden werden, mit den tatsächlichen, wahrscheinlichen oder möglichen (nicht intendierten) Folgen für die Pflegekräfte und die Pflegearbeit in der stationären Langzeitpflege. Im Sinne einer reflektierten Technikgestaltung werden Lösungsperspektiven unter Beachtung ethischer, rechtlicher und habituellder Rahmenbedingungen eröffnet.

Im Themenbereich III „Technikgestaltung für die Praxis: Nutzerorientierung und Datenschutz“ zeigt der Beitrag von Breuer et al. (siehe Kap. 7) am Beispiel der KOLeGE-App für die ambulante Pflege auf, wie digitale Technik beteiligungsorientiert und mit explizitem Fokus auf den Praxisnutzen für die Pflegekräfte entwickelt und gestaltet werden kann. Deutlich wird, dass eine beteiligungsorientierte Technikentwicklung zwar aufwändig ist und Zeit beansprucht, sich aber auch lohnt, weil das Produkt in der Praxis leichter akzeptiert werden kann.

Im Themenbereich IV „Lernen und Kompetenzentwicklung“ behandelt der Beitrag von Kludig und Friemer (siehe Kap. 8) die Frage, wie ein digital gestütztes Lernkonzept in der ambulanten Pflege gestaltet werden kann, das sich an den Bedarfen der Nutzer*innen (hier der in verschiedener Hinsicht sehr diversen Gruppe der Pflegekräfte) orientiert, verschiedene Lernorte, Lernziele und Lernformen miteinander verbindet sowie einen Schwerpunkt auf das arbeitsintegrierte Lernen legt. Im Ergebnis zeigt sich, dass ein an die Möglichkeiten der ambulanten Pflege angepasstes Blended Learning-Konzept den Bedarfen der Pflegekräfte, die weiterhin Wert auf Präsenzveranstaltungen legen, besonders gut Rechnung trägt. Der Beitrag von Friemer (siehe Kap. 9) zeigt, welche Kompetenz(entwicklungs)anforderungen sich für die Pflegekräfte in der ambulanten Pflege angesichts der zunehmenden Digitalisierung ihrer Arbeit stellen und wie diese Anforderungen im Wechselspiel von organisationaler Unterstützung durch entwicklungsfreundliche Rahmenbedingungen und persönlicher Entwicklungsbereitschaft bewältigt werden können. Auch hier zeigt sich, dass dauerhafte Entwicklungsfähigkeit im Rahmen eines lebenslangen Lernens gerade auch durch digital gestütztes Lernen und Arbeiten gestärkt werden kann – aber auch gestärkt werden muss. Im Beitrag von Evans et al. (siehe Kap. 10) geht es ebenfalls um die Kompetenzentwicklung. Der Beitrag stellt mit der ‚Lernreise‘ ein beteiligungsgestütztes Instrument vor, mit dem sich Führungskräfte, Beschäftigte und betriebliche Interessenvertretungen gemeinsam Innovationsperspektiven und Gestaltungskapazitäten für einen sinnvollen Technikeinsatz erschließen können. Dies leistet einen Beitrag zur Erhöhung der subjektiven und betrieblichen Innovationsfähigkeit und -bereitschaft.

Im abschließenden Themenfeld V „Offene Fragen und Perspektiven“ thematisieren Bury und Bleses (siehe Kap. 11) zentrale Handlungs- und Regulierungsanforderungen, die sich aus den vorherigen Beiträgen im Zusammenhang mit den verschiedenen digitalen Veränderungsprojekten und Entwicklungsperspektiven ergeben haben. Hierbei geht es insbesondere um Fragen der Abgrenzung von Arbeits- und Freizeit, des Erhalts von Ruhezeiten zwischen den Diensten, den Schutz von Patient*innen- und Beschäftigtendaten sowie die Frage, wie die Förderung digitaler Kompetenzen in die Pflegeaus-, Fort- und Weiterbildung gelangen können. Abschließend wird ein Blick auf das Thema geworfen, wie es um die Vertretung von Beschäftigteninteressen bei der Umsetzung von Veränderungsprojekten angesichts geringer Verbreitung kollektiver betrieblicher und überbetrieblicher Interessenvertretung in der Langzeitpflege bestellt ist, was das für die Umsetzung solcher Projekte bedeutet und was vor allem gesetzlich geregelt werden müsste, wenn es keine vereinbarungsfähigen Kollektivakteure gibt.

Literatur

- Becke, B., Evers, J., Hafkesbrink, J., Wehl, R., Wetjen, A. (2013). Das Mess- und Gestaltungskonzept der Produktivität sozialer Dienstleistungen: Die Balance von Kosteneffizienz, Arbeitsqualität und Unterstützungsqualität fördern. artec Paper 191. Universität Bremen.
- Bleses, P., Busse, B., Friemer, A. (2020). Veränderungsprojekte Digitalisierung der Arbeit in der Langzeitpflege. Anforderungen und Gestaltungsoptionen im Rahmen umfassender Veränderungsprozesse. Kapitel 2 in diesem Band.
- Bleses, P., Busse, B. (2020). Digitalisierung der Pflegearbeit in der ambulanten Pflege: Herausforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten guter Arbeitsqualität. Kapitel 4 in diesem Band.
- Greß, S., Stegmüller, K. (2020). Vergütung von Pflegekräften in der Langzeitpflege. In: Jacobs K., Kuhlmeier A., Greß S., Klauber J., Schwinger A. (Hrsg.), Pflege-Report 2019 (159-166). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Kasper, N. (2019). Digitalisierung – die strategische Chance der Pflege im nächsten Jahrhundert. In: Elmer, A., Matusiewicz, D. (Hrsg.), Die Digitale Transformation der Pflege. Wandel. Innovation. Smart Services (297-300). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Rothgang, H., Müller, R. (2018). Pflegereport 2018. Schriften zur Gesundheitsanalyse. Band 12. Barmer. Berlin.
- Schmucker, R. (2020). Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Beschäftigtenbefragung zum DGB-Index Gute Arbeit. In: Jacobs K., Kuhlmeier A., Greß S., Klauber J., Schwinger A. (Hrsg.), Pflege-Report 2019 (48-59). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Schwinger, A., Klauber, J., Tsiasioti, C. (2019). Pflegepersonal heute und morgen. In: Jacobs K., Kuhlmeier A., Greß S., Klauber J., Schwinger A. (Hrsg.), Pflege-Report 2019, Schwerpunkt: Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher? (3-21). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Weser-Kurier (2020). Professor Heinz Rothgang: „Wir brauchen mehr als 100.000 zusätzliche Pflegekräfte“, Ausgabe vom 25.02.2020, Gespräch mit Sabine Doll, https://www.weser-kurier.de/deutschland-welt/deutschland-welt-politik_artikel,-

professor-heinz-rothgang-wir-brauchen-mehr-als-100000-zusaetzliche-pflegekraefte-_arid,1899729.html (Zugriff am 27.02.2020).

Teil I

Digitalisierung in der Langzeitpflege: Entwicklung, Analyse, Implementation

2 Veränderungsprojekte Digitalisierung der Arbeit in der Langzeitpflege

Anforderungen und Gestaltungsoptionen im Rahmen umfassender Veränderungsprozesse²

Peter Bleses, Britta Busse, Andreas Friemer

Zusammenfassung

Auch die Arbeit in der ambulanten und stationären Langzeitpflege wird zunehmend digitalisiert. Dabei handelt es sich um ein Feld der Interaktionsarbeit am und mit Menschen, das traditionell keine primäre Orientierung auf einen weitgehenden Technikeinsatz besitzt. Die Anforderungen, die sich an eine erfolgreiche Digitalisierung der Arbeit in der Langzeitpflege richten, sind dementsprechend hoch. Der Beitrag empfiehlt, die Arbeitsqualität als ein Kernelement der Digitalisierung von Pflegearbeit einzubeziehen, konkrete Digitalisierungsvorhaben als vieldimensionale soziotechnische Veränderungsprojekte zu fassen sowie in deren Planung und Umsetzung ein an diesen verschiedenen Dimensionen orientiertes systematisches Vorgehen auszurichten. Im Zentrum des Beitrags steht die Beschreibung der Veränderungsdimensionen und der sich bietenden Gestaltungsoptionen.

2.1 Einführung

Die Digitalisierung der Arbeit in den Dienstleistungen geht – branchen- und tätigkeitsübergreifend – mit Handlungsanforderungen für Beschäftigte, Führungskräfte und die Organisationen einher. Denn sie bedeutet in den meisten Fällen u. a. eine deutliche Veränderung der bisherigen Arbeitsweisen, Kooperationsbeziehungen, technischen Anforderungen und organisatorischen Rahmenbedingungen. Wie tiefgreifend diese Veränderungen sind oder bewertet werden, hängt z. B. davon ab,

- ob die digitale Technik im jeweiligen Tätigkeitsfeld vollständig neu eingeführt oder ob bereits mit digitaler Unterstützung gearbeitet wird und nun nach und nach weitere Schritte der Digitalisierung unternommen werden,
- ob im jeweiligen Tätigkeitsfeld bereits zuvor technische Unterstützung etabliert war oder ob es sich um eine eher technikferne Sphäre handelt, und/oder
- ob Berufsgruppen betroffen sind, die dem Technikeinsatz im Rahmen ihrer Arbeit eher offen oder eher ablehnend gegenüberstehen, und wie diese den jeweiligen Digitalisierungsprozess beurteilen.

Stellt man sich vereinfachend zwei gegenüberliegende Pole vor, die auf der einen Seite besonders digitalisierungsnahe Felder und auf der anderen Seite besonders digitalisierungsferne Tätigkeitsfelder abbilden, dann dürften auf der einen Seite die genuine, relativ

² Dieser Beitrag beruht auf den Ergebnissen des vom BMBF und ESF geförderten Verbundprojekts KoLeGe („Interagieren, Koordinieren und Lernen – Chancen und Herausforderungen der Digitalisierung in der ambulanten Pflege“, gefördert vom 1. September 2016 – 31. Dezember 2019, FKZ: 02L15A010-02L15A014).

junge ‚Digitalisierungsbranche‘ zu finden sein (IKT – Informations- und Kommunikationstechnologien), deren Arbeitsmittel und Arbeitsgegenstände zumeist vollständig digital vernetzt sind. Auf der anderen Seite dürften sich die (meisten) personennahen sozialen Dienstleistungen befinden, in denen die „Interaktionsarbeit“ (Böhle et al. 2015; für die Langzeitpflege: Wehrich et al. 2015; Becke/Bleses 2016), also die Arbeit am und mit Menschen mit ihren Besonderheiten im Vordergrund steht und die gemeinhin als ‚technikfern‘ gilt. Ob diese Kennzeichnung für die hier im Mittelpunkt stehende Langzeitpflege (noch) gilt oder jemals gegolten hat, ist zumindest umstritten (vgl. Hielscher et al. 2015a, S. 12, 20). Jedenfalls kann die Branche im Vergleich zu anderen als *relativ* wenig technikbezogen gelten, weil die persönliche Zuwendungsorientierung als Ausdruck des „Ethos fürsorglicher Praxis“ (Senghaas-Knobloch 2008) im Kern der täglichen Arbeitspraxis und auch der Vorstellungen von ‚guter Pflege‘ steht. Während in der stationären Krankenpflege der Umgang mit zunehmend digitalisierter Medizintechnik seit langem zur Pflegearbeit gehört, gibt es in der Langzeitpflege keine vergleichbare Techniktradition. In der Langzeitpflege steht – anders als in der Kurzzeitpflege der Krankenhäuser – zudem der Aufbau einer längeren Interaktionsbeziehung zwischen Pflegenden und Pflegebedürftigen im Mittelpunkt. Als Kernbestandteil dieser Beziehung gilt der unmittelbare und fortlaufende, vertrauensbasierte Kontakt zwischen Pflegekraft und Pflegebedürftigen. Und dieser ist im Kern technikunabhängig, könnte in den Augen der Pflegekräfte durch Technikeinsatz in seiner Unmittelbarkeit sogar gestört werden (vgl. Hielscher et al. 2015b).

Die ambulante und stationäre Langzeitpflege gehört vielleicht auch deshalb zu jenen Tätigkeitsfeldern, in denen zumindest digitale Technik in der Arbeit bis vor kurzem noch eine geringe Rolle spielte und in Analysen zu Technikfolgen auch wenig beachtet war. Wirft man einen genaueren Blick in die Langzeitpflege, findet man auch hier allgemein Technikeinsatz (z. B. Hilfsmittel wie Lifter zur Trage- und Hebeunterstützung) und mittlerweile auch stark zunehmend digitale Technik (vgl. Hielscher et al. 2015a; ePflege 2017). Da digitale Technik hier aber vor allem zunächst in den Leitungs- und Verwaltungsbereichen Einzug gehalten hat (insbesondere in der Leistungsabrechnung, Dienst- und Tourenplanung), weniger oder gar nicht in die Pflegearbeit selbst, blieb die erste Digitalisierungsphase der Langzeitpflege noch ohne große Beachtung. Zwar gab es schon – vor allem in der stationären Langzeitpflege – in manchen Einrichtungen ein Übergreifen der digitalen Technik in die Pflege (insbesondere was die Pflege- und Leistungsdokumentation anbelangt), aber noch wenig in die ‚eigentliche‘ Pflegearbeit, also die Interaktionsbeziehung zwischen Pflegekräften und Pflegebedürftigen. Es ging eher um die Pflegeorganisation, die Kommunikation und Informationsübermittlung. Und die digitale Technik wurde vorwiegend in Stationszimmern oder in der Pflegezentrale fern von den Patient*innen eingesetzt.

Das ändert sich aktuell und vermutlich in näherer Zukunft noch schneller. In der ambulanten Pflege sind es beispielsweise digitale Tourenbegleiter (Smartphones und Tablets, die mittels einer Branchensoftware z. B. zur flexiblen Tourenplanung und -umplanung mit den Pflegezentralen verbunden sind), die bei den Patient*innen im Arbeitsalltag mitgeführt und bedient werden. In der stationären Langzeitpflege sind es vor allem die digitalen Patientendokumentationen am Bett (auf Tablets oder Notebooks), Patientenüberwachungstechnik (vor allem zur Ortskontrolle von Patient*innen in stationären Settings, vgl. Hielscher et al. 2015b) und verschiedene digital gestützte Betreuungshilfsmittel (wie z. B. die digital animierte Pflegerobbe ‚Paro‘). Die technische Entwicklung setzt sich dabei in großen Schritten fort und führt zur weitergehenden Digitalisierung der Arbeit, z. B. durch die Fernüberwachung von Vitalparametern der Patient*innen (Tele-Care) oder Angebote der wohnumfeldassistierenden Digitaltechnik, die mittels Sensorik arbeitet und die

Pflegekräfte in unterschiedlicher Weise einbeziehen wird (zu Bestandaufnahmen, Trends und Praxiserfahrungen siehe Remmers 2015; Hielscher et al. 2015a, 2015b; ePflege 2017; Elmer/Matusiewicz 2019; siehe auch den Beitrag von Hielscher in diesem Band, Kap. 3).

Ein weiteres, in der Arbeitsforschung zur Digitalisierung noch nicht ausreichend beachtetes Thema, ist die voranschreitende ‚Digitalisierung des Lernmanagements‘ im Rahmen von ‚E-Learning- und Blended Learning-Konzepten‘ (zu Begriff und Konzeption vgl. Erpenbeck et al. 2015; zu einem pflegewissenschaftlichen bzw. -pädagogischen Blick vgl. Sieger et al. 2015) in der (Langzeit-)Pflege (siehe auch den Beitrag von Kludig/Friemer in diesem Band, Kap. 8). Die Organisation des damit verbundenen digital gestützten Lernens kann analytisch vielleicht als ein gesonderter Veränderungsprozess gefasst werden, verbindet sich für Pflegekräfte und Pflegeeinrichtungen aber oftmals im Rahmen eines zusammenwirkenden Veränderungsprozesses. Digital gestütztes Arbeiten und Lernen stehen dabei schon dadurch in einem Zusammenhang, weil mit der Digitalisierung des Arbeitens erstens auch in größeren Teilen die Technikausstattung entsteht, die seitens der Pflegeunternehmen für das digital gestützte Lernmanagement genutzt werden kann (Mobilgeräte, stationäre PC oder Notebooks für Pflegekräfte). Zweitens wachsen durch die Nutzung digitaler Geräte und Software im Arbeitsalltag auch die Kompetenzen zu deren Bedienung. Dadurch entsteht ein selbstverständlicherer Alltagsumgang mit digitaler Technik, wodurch auch auf das digital gestützte Lernen vorbereitet wird. Die Pflegeeinrichtungen erhalten damit also sowohl die nötige Infrastruktur des digital gestützten Lernmanagements wie die Vorbereitung der Pflegekräfte auf deren Nutzung (wobei das praktische digital gestützte Lernen im Anschluss wieder die Kompetenzen der alltäglichen Nutzung digitaler Technik in der Pflegearbeit stärken kann; vgl. auch den Beitrag von Friemer in diesem Band, Kap. 9). Für die Pflegekräfte verbinden sich Arbeiten und arbeitsbezogenes Lernen auch deshalb miteinander, weil es sich meist um betrieblich organisiertes Lernen in der Arbeitszeit handelt. Dort werden Themen behandelt, die – als Pflicht- oder als ergänzendes freiwilliges Lernprogramm – unmittelbar mit der Arbeit verbunden sind. Arbeiten und arbeitsbezogenes Lernen sind daher auch im Digitalisierungsprozess für die Pflegekräfte unmittelbar verbunden.

Angesichts der (ursprünglich) relativen Technikferne der Langzeitpflege als persönlicher Interaktionsbezug (vgl. Remmers 2015) erscheinen die Veränderungspotenziale durch die Digitalisierung der Arbeit besonders groß. Ob es sich dabei um eine „Digitale Transformation der Pflege“ (Elmer/Matusiewicz 2019) oder ‚wenigstens‘ um ein „Pflege-,Revolutionchen“ (Lücke 2018, S. 11) handelt, sei dahingestellt. Jedenfalls sind weitreichende, unmittelbare Auswirkungen auf die gegenwärtigen und zukünftigen individuellen und organisatorischen Handlungsanforderungen zur *erfolgreichen* Bewältigung des Digitalisierungsprozesses zu erwarten und auch bereits empirisch zu erkennen (Bleses et al. 2018).

Welche Kriterien sind aber anzulegen, um den *Erfolg* dieses Prozesses bzw. einzelner Prozessschritte angesichts der großen Herausforderungen der Langzeitpflege durch die zunehmende gesellschaftliche Alterung im Rahmen des demographischen Wandels, den Fachkräftemangel (zur Entwicklung: Rothgang/Müller 2018) und die daraus folgende Überlastung des gesamten Langzeitpflegesystems wie auch der einzelnen Beschäftigten (ver.di 2018; Theobald 2018; Benedix/Medjedovic 2014) bewerten zu können? Ein arbeits- und organisationsbezogener Ansatz muss hierzu zumindest zwei Kriterien prüfen (vgl. auch Hielscher et al. 2015b): *Arbeitsqualität* und *organisatorische Effizienz*.

2.1.1 Die Verbesserung der Arbeitsqualität in der Pflege

Pflege-, Führungs- und Verwaltungskräfte sollten durch die Digitalisierung ihres Arbeitens und des Lernmanagements nutzenorientiert unterstützt und durch den Digitalisierungsprozess selbst möglichst wenig zusätzlich belastet werden, damit sie möglichst dauerhaft und gesund auf hohem Qualifikationsniveau in der Pflege (weiter)arbeiten können und wollen. Mit der Arbeitsqualität ist die Perspektive der Nutzer*innen angesprochen, die sich neben ansatzweise ‚objektiven‘ Kriterien wie Arbeitsverdichtung usw. (vgl. ver.di 2018) zuverlässig nur unter Einbeziehung der Nutzer*innen selbst

- erfassen: „Was bedeutet für sie gute Arbeitsqualität?“,
- gestalten: „Was muss getan werden, um die Arbeitsqualität durch digitale Unterstützung zu sichern/zu verbessern?“ und
- prüfen lässt: „Wie hat sich die Arbeitsqualität durch die Nutzung digitaler Unterstützung verändert?“

Bedeutend ist das Kriterium der Arbeitsqualität (zur Begriffsbestimmung siehe den Beitrag von Bleses/Busse in diesem Band, Kap. 4) nicht nur ‚für sich selbst‘, sondern auch hinsichtlich der davon ausgehenden Wirkungen hinsichtlich des ‚Teufelskreises‘: Schlechte Arbeitsqualität verschlechtert die Personalausstattung in der Langzeitpflege (durch Abwanderung aus dem Beruf und Nachwuchsmangel), schlechtere Personalausstattung verschlechtert die Arbeitsqualität (weitere Arbeitsverdichtung, Sinnentleerung der Pflegearbeit) und darüber hinaus auch Versorgungssicherheit und -qualität. Eine verbesserte Arbeitsqualität kann die Attraktivität der Pflegetätigkeit hingegen steigern und damit Auswege aus dem ‚Teufelskreis‘ bieten.

2.1.2 Die Verbesserung der organisatorischen Effizienz

Pflegeeinrichtungen und die Beschäftigten einschließlich der Pflegekräfte sollten bei der Organisation der Arbeit und des Lernens durch digitale Arbeitsmittel so unterstützt werden, dass diese ‚rahmenden Arbeiten‘ möglichst wenig Aufwand bedeuten, also weiterhin organisatorisch und schließlich auch von den Pflegekräften bewältigt werden können. Die Perspektive auf *organisatorische* Effizienz und die Verwendung des Begriffs der Effizienz anstelle der – in der Ökonomie gebräuchlichen Perspektive auf – *Produktivitätssteigerung* soll verdeutlichen, dass es nicht darum gehen soll, mehr Arbeitspensum in die gleiche oder sogar noch weniger Zeit zu pressen (also den Output zu erhöhen). Vielmehr soll der organisatorische Aufwand durch digitale Unterstützung verringert werden, um Raum für die ‚eigentliche‘ Pflege zu schaffen. Der Effizienzbegriff kann dabei nur sinnvoll verwendet werden, wenn Ziele, die erreicht werden sollen, auch tatsächlich erreicht werden (Effektivität). Die Verbesserung der organisatorischen Effizienz bedeutet im Umkehrschluss eben nicht, dass Ziele einer guten Pflegeorganisation gesenkt werden. Werden die gesetzten Ziele nicht mehr erreicht (also Effektivität verfehlt), sinkt auch die Effizienz, denn Effizienz beinhaltet immer die Erreichung von Zielen, das aber mit möglichst geringem Aufwand. Angesichts der andauernden Überlastung des Pflegesystems sollte man auch Effizienzgewinne nicht naiv betrachten. Es stellt sich immer die Frage, zu was sie verwendet werden (vgl. Remmers 2018): Im Sinne der Produktivitätssteigerung für mehr Pflegeeinsätze in der gleichen Zeit – oder für mehr Arbeits- und Pflegequalität anstelle von Organisationsaufgaben? Diese Fragen werden auf betrieblicher Ebene beantwortet. Je nachdem, wie die Antwort lautet, werden die Auswirkungen auf die Arbeitsqualität zu analysieren sein.

Mit diesem Fokus auf Arbeitsqualität und organisatorische Effizienz soll die pflegewissenschaftliche Perspektive auf die Digitalisierung der Langzeitpflege (vgl. diesbezüglich Hülsken-Giesler/Daxberger 2018; Remmers 2018) mit dem Schwerpunkt der Pflegequalität nicht geringgeschätzt werden. Zudem ist von zahlreichen mittelbaren und unmittelbaren Wechselwirkungen zwischen Effizienz, Arbeits- und Unterstützungsqualität auszugehen. In einem erweiterten, nicht allein ökonomisch begründeten Produktivitätsverständnis kann auch von einem sich wechselseitig beeinflussenden „Productivity Triangle“ bzw. „Produktivitäts-Dreieck“ (Evers et al. 2014; siehe ausführlicher den Beitrag von Bleses et al. in diesem Band, Kap. 1) gesprochen werden. Vielmehr geht es hier im Schwerpunkt um den – lange vernachlässigten Blick – auf das, was die Digitalisierung der Arbeit in der Pflege für diejenigen bedeutet, die sie umsetzen müssen – und wie man sie bei dieser Aufgabe im Sinne einer „sozialen Innovation“ (Becke et al. 2016) möglichst gut unterstützen kann.

2.1.3 Digitalisierungsschritte der Arbeit als Veränderungsprojekte in Veränderungsprozessen

Unabhängig vom konkreten Digitalisierungsvorhaben dürfte jede umfängliche Maßnahme in der Langzeitpflege immer ein mehrdimensionales, individuelles, organisatorisches bzw. sozio-technisches *Veränderungsprojekt* sein, das nach Auswirkungen und Gestaltungsmöglichkeiten hinsichtlich guter Arbeitsqualität und organisatorischer Effizienz verlangt. Wie umfangreich jedoch die Anforderungen für wen und in welcher Hinsicht sein werden, hängt unmittelbar davon ab, welche Technik an welcher Stelle sowie in welcher Art und Weise eingesetzt wird. Denn hier entscheidet sich, welche Beschäftigtengruppen davon in ihrer Arbeit auf welche Weise betroffen sein werden. Dabei kann der Blick auf den rein technischen Veränderungsgehalt allein nicht genügen. Vielmehr sind verschiedene Veränderungsdimensionen zu beachten, die Akteur*innen und Organisationen herausfordern.

Jedes einzelne sozio-technische Veränderungsprojekt reiht sich dabei in einen *Technikprozess* ein, der je nach Umfang und Tiefe der betrieblichen Digitalisierungsstrategie in größeren und kleineren Schritten, jedenfalls ohne größere Pausen voranschreitet. Es ist oft eine Frage der Definition, was einem jeweiligen Veränderungsprojekt zugeordnet wird bzw. wie einzelne Veränderungsprojekte voneinander abgegrenzt werden. Um technische Veränderungen in ihren Zielen, Voraussetzungen und Wirkungen jedoch sowohl analysierbar als auch praktisch gestaltbar zu machen, ist diese ‚Projektivierung‘ einzelner Etappen des Prozesses notwendig. Diese bietet den Praxisakteuren die Chance, sich in Veränderungsprozessen zu verorten („Wo stehen wir gerade?“), und der wissenschaftlichen Analyse Vergleichsmöglichkeiten zwischen verschiedenen Prozessschritten bzw. Veränderungsprojekten. Dennoch sollte das Wissen darum, dass es sich jeweils um Schritte in einem Prozess handelt, der nicht in Gänze zu steuern oder zu stoppen ist (z. B. durch Veränderungen der Rahmenbedingungen, auf die reagiert werden muss, wie etwa gesetzliche Anforderungen an die Digitalisierung von vernetzten Verwaltungsschritten) und jeden einzelnen Veränderungsschritt beeinflusst, immer im Blick von wissenschaftlicher Analyse und praktischer Gestaltung bleiben.

2.1.4 Analyse sozio-technischer Veränderungsprojekte

Die Komplexität der möglichen Einflüsse auf den gesamten Veränderungsprozess und die einzelnen Veränderungsprojekte im Rahmen der ‚Digitalisierung der Arbeit in der Langzeitpflege‘ (im Folgenden immer unter Einbezug des digital gestützten Lernmanagements als Teil des digital gestützten Arbeitens gemeint) erfordert einen systematisierenden

Zugang. Dadurch können die Herausforderungen möglichst in ihrer Gänze sowie ihren möglichen Interdependenzen erkannt und anschließend darauf bezogene Gestaltungsansätze entwickelt werden, die sich nicht auf den reinen Technikaspekt begrenzen lassen. Technikeinsatz und Technikentwicklung sind in Arbeitssystemen immer durch Interessenlagen und Handeln von Akteur*innen, durch Arbeits- und Organisationskulturen sowie durch Organisationsregeln und vieles mehr sozial eingebettet und überformt. Das wird im Begriff ‚sozio-technisches‘ System zum Ausdruck gebracht (vgl. Ulich 2013; Maucher et al. 2002). Der sozio-technische Ansatz beschränkt sich dabei nicht allein auf eine analytische Komponente, sondern trägt ebenso ein „Element der Organisationsentwicklung“ (Paul 2017, S. 6) bzw. der Gestaltung sozio-technischer Arbeitssysteme in sich (für die Pflege: Fuchs-Fronhofen et al. 2018). Dabei geht es um die wechselseitige Optimierung von Arbeitsorganisation und darauf bezogenem Technikeinsatz (Ulich 2001, S. 154ff.).

Im Folgenden soll ein solch ‚sortierender‘, sozio-technisch inspirierter Blick auf verschiedene Veränderungsdimensionen skizziert werden. Dieser versteht sich als erweiternde Ergänzung anderer Ansätze zur Sortierung und Analyse technischer Entwicklungen (vgl. Hielscher et al. 2015a, 2015b; ePflege 2017; Rösler et al. 2018; BGW 2017; DAA-Stiftung 2017). Dort wird insbesondere nach Anwendungsszenarien des Technikeinsatzes vorgegangen und mehr oder weniger ausgeprägt eine systematische Abschätzung seiner Voraussetzungen und Folgewirkungen versucht. Anknüpfend an diese Sortierungen – und hier vor allem an Hielscher (et al. 2015a, 2015b; siehe auch den Beitrag von Hielscher in diesem Band, Kap. 3) – sollen diese erweitert sowie analytisch hinsichtlich der Erfassung der jeweiligen Technikwirkungen und darauf bezogener Veränderungsdimensionen ausdifferenziert werden. Hielscher et al. (2015a, 2015b) haben insbesondere auch versucht, die Veränderung der Arbeitsqualität durch (nicht nur) digitalen Technikeinsatz zu erfassen und dabei gezeigt, dass Effizienz und Arbeitsqualität auch in einen Konflikt geraten können, wenn beispielsweise technische Hilfsmittel die Zusammenarbeit von Pflegekräften oder die direkte persönliche Kommunikation überflüssig machen und dadurch vielleicht der Vereinzelung in der Pflegearbeit Vorschub leisten. Pflegekräfte können das als Verlust erleben, weil dies als elementarer Bestandteil ihrer Pflegearbeit eingeschätzt wird. Ein solcher negativer Zusammenhang ist zwar nicht immer zwingend, zeigt am empirischen Beispiel aber, dass beim Effizienzkriterium Vorsicht geboten ist und sorgsam auf das Zusammenwirken mit der Arbeitsqualität geachtet werden muss – selbst wenn die Zielsetzung primär auf organisatorische Effizienz in der Rahmung des eigentlichen Pflegeprozesses gerichtet ist.

Die folgende Schilderung der Veränderungsdimensionen, die bei der Digitalisierung des Arbeitens und Lernens unbedingt beachtet werden sollten, basiert – neben Literaturrecherchen – im Wesentlichen auf den Ergebnissen des vom BMBF und ESF geförderten Forschungs- und Entwicklungsprojekts KOLIGE (zum Projekt siehe das Vorwort dieses Bandes). Im Projekt sollte erforscht werden, welche Herausforderungen und Chancen für die Digitalisierung der Arbeit und des Lernens in der Pflege bestehen, wie diese zu bewältigen bzw. zu gestalten sind sowie welche Chancen sich daraus gerade auch für die Verbesserung der Arbeitsqualität ergeben. Der Effizienzaspekt zeigte sich dabei als nicht wegzudenken und auch als eine Voraussetzung guter Arbeit in einer strukturell überbelasteten Langzeitpflege. Im Unterschied zur Verbesserung der Arbeitsqualität ist Effizienzsteigerung jedoch die Grundmotivation des digitalen Technikeinsatzes in der Langzeitpflege, also der wesentliche Treiber der Digitalisierung. Ein Einfluss auf die Arbeitsqualität ist bei den Überlegungen, Technik einzuführen, oft gar nicht mitgedacht und eher – wenn es gut läuft – willkommenes Nebenprodukt. Aber ebenso wie die positiven werden auch die möglichen negativen Auswirkungen auf die Arbeitsqualität meist nicht systematisch

mitgedacht. Daher werden die handelnden Praxisakteure (meist die leitenden Führungskräfte) oftmals überrascht, wenn sie damit unerwartet – z. B. in Form von Technikwiderständen auf Seiten der Pflegekräfte – konfrontiert werden.

Die Wirkungen auf Arbeitsqualität und Effizienz ergeben sich daher aus der jeweiligen betrieblichen Umsetzung des Prozesses der Digitalisierung von Arbeit. Beide Aspekte sind also in der folgenden Analyse *abhängige* Variablen und keine *eigenen* Veränderungsdimensionen.

In der empirischen Praxis ist zudem davon auszugehen, dass die Bewertungen des gesamten Veränderungsprozesses und auch jeweils in den einzelnen Veränderungsdimensionen nicht ‚objektiv‘ und damit unmittelbar verallgemeinerbar sind. Vielmehr werden Veränderungen erstens immer subjektiv erlebt und zweitens von verschiedenen Subjekten – je nach ihrer „Seinsverbundenheit“ (Mannheim 1929) – unterschiedlich eingeschätzt. Das hat erhebliche Bedeutung für das Erkennen und die Bewertung der Veränderungsdimensionen und daraus resultierender Handlungsbedarfe durch verschiedene Praxisakteure. Abweichungen in der Wahrnehmung bzw. Betroffenheit von Veränderungsprozessen können bspw. durch folgende Faktoren beeinflusst werden:

- verschiedene Hierarchiestufen (etwa Führungs- und Pflegekräfte),
- verschiedene Qualifikationsgruppen (Pflegefach- und Pflegehilfskräfte),
- verschiedene ‚Pflegekulturen‘ und berufliche Selbstverständnisse,
- verschiedene Einrichtungen,
- unterschiedlich erlebte vorangegangene einzelne Veränderungsprojekte oder der Verlauf des gesamten bisherigen Veränderungsprozesses und dessen Gestaltung (beteiligungs- vs. top-down-orientierte Führungskulturen) sowie
- verschiedene Teilbranchen (stationär und ambulant), in denen vergleichbare Digitalisierungsschritte aufgrund der unterschiedlichen Pflegesettings sehr verschieden interpretiert werden können (z. B. als Erleichterung oder als Kontrolle).

Solche ‚subjektiven‘ Komponenten sind in der Realität konstituierend und somit in der praktischen Forschung und Entwicklung immer zu berücksichtigen. Sie werden daher auch in der Schilderung der Veränderungsdimensionen auftauchen, indem im Bedarfsfall ‚Möglichkeitsräume‘ oder auffällige Unterschiede im Erleben von Veränderungen angedeutet werden.

Die Auflistung der Veränderungsdimensionen ist zwar nicht beliebig, kann aber konzeptionell und für den jeweiligen betrieblichen Anwendungsfall erweitert werden. Zudem ist sie analytischer Art, in der Praxis sind die Dimensionen nicht (immer) trennscharf zu unterscheiden. Und sie beeinflussen sich wechselseitig. Dazu später mehr.

2.2 Veränderungsdimensionen im Prozess der ‚Digitalisierung der Arbeit‘

Trotz der ‚sozio-technischen‘ Perspektive, welche die Wechselwirkungen erzeugende soziale Einbettung von Technik in Arbeitssysteme betont, soll im Folgenden die *digitale Technik* aus analytischen Gründen zunächst als *unabhängige* Variable konzipiert werden, die in verschiedenen Dimensionen Veränderungswirkungen und Veränderungsbedarfe in Bezug auf die Arbeitsqualität und organisatorische Effizienz erzeugt.

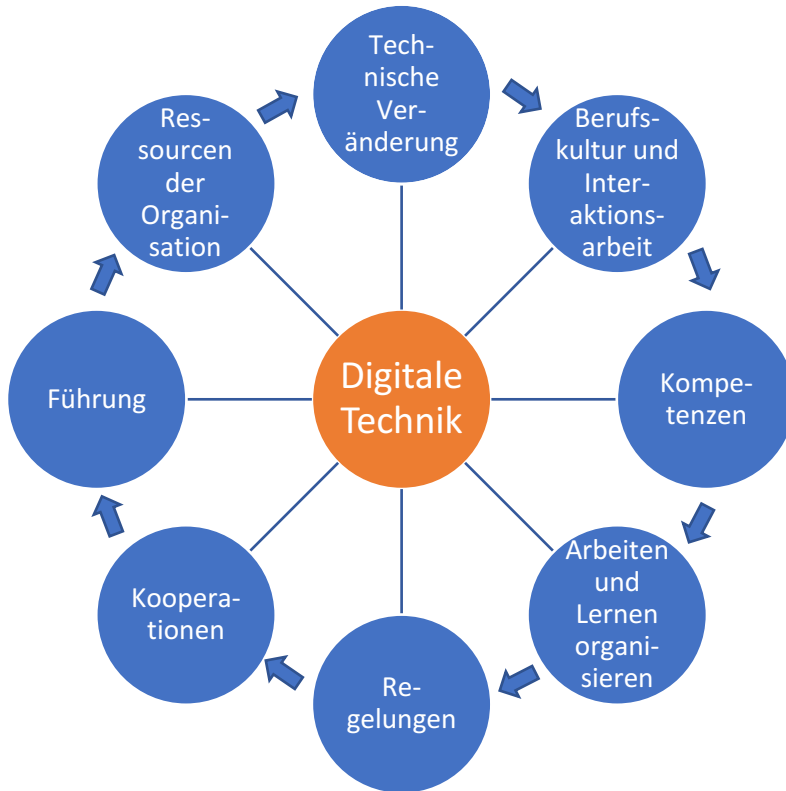


Abb. 2.1: Veränderungsdimensionen digitalen Technikeinsatzes in der Langzeitpflege

2.2.1 Technische Veränderung

Eine erste Dimension ist der technische Veränderungsgehalt für den gegenwärtigen Arbeits- und Organisationsprozess. Was wird eigentlich digitalisiert – und wie weitgehend? Wird beispielsweise ein bislang manuell ausgeführter Prozess mit digitaler Technik unterstützt oder weitgehend ersetzt? Oder wird ein schon vorhandener (digitaler oder analoger) Technikeinsatz weitergehend digitalisiert? Im ersten Fall ist das Veränderungspotenzial wahrscheinlich größer als im zweiten Fall. Ein Prüfkriterium für die Frage, wie stark die Veränderung durch einen bestimmten Technikeinsatz ausfällt, lautet daher: Werden Arbeitsprozesse ‚nur‘ durch digitale Technik unterstützt, wodurch sie vielleicht schneller und effizienter gestaltet werden können? Oder werden bisherige Arbeitsprozesse teilweise bzw. ganz digital umgeformt und vom analogen Gegenstand gelöst?

Als Beispiel kann die in unterschiedlicher Weise technisch unterstützte Kontrolle der Vitalparameter in der ambulanten Pflege dienen:

- So kann etwa die Messung des Blutdrucks durch Pflegekräfte vor Ort bei Patient*innen noch vollständig analog vorgenommen werden...
- oder sie wird digital unterstützt, indem zwar eine Pflegekraft den Blutdruck misst, das aber mit einem digitalen Messgerät, das die Daten aufnimmt, speichert und an andere Geräte sendet...

- oder Patient*innen besitzen ein dauerhaft getragenes Messgerät mit Manschette, das automatisch misst und die Werte an den Pflegedienst überträgt, wo die Werte nur noch am Empfangsort kontrolliert und dokumentiert werden...,
- hier wiederum könnte ein Mensch sitzen, der die Werte anschaut...,
- oder es könnte auch ein Programm sein, das beim Verlassen definierter Zielkorridore der Vitalparameter Alarm schlägt.

Die Einführung digitaler Technik bzw. die Digitalisierung ist also ein Technikprozess, der viele mögliche Entwicklungsstufen in unterschiedlicher ‚digitaler Tiefe‘ durchlaufen kann. Das betrifft auch die Einführung eines digital gestützten betrieblichen Lernmanagements. Hier kann die technische Unterstützung von E-Learning-Einheiten, die im Intranet zum Zwecke der Information oder der Unterstützung des ansonsten unverändert angebotenen Präsenzlernens im Betrieb verfügbar gehalten werden (z. B. Lernmodule, Nachschlagewerke, Standards, betriebliche Unterweisungen usw.), bis hin zu ausgefeilten Blended Learning-Konzepten reichen, bei denen Phasen des Präsenzlernens und E-Learning an verschiedenen Lernorten strukturiert und digital vernetzt verbunden werden. So können auf Lernplattformen beispielsweise individualisierte Lerninhalte bereitgestellt werden, Prüfungen abgelegt und Zertifikate erworben werden. Je nach Entwicklungsstand des Lernmanagements unterscheiden sich die gestellten Chancen, Herausforderungen und Wirkungen des digital gestützten Lernens ganz erheblich.

Von der ‚Tiefe‘ des Technikeinsatzes ins Arbeiten und Lernen hängen daher ganz wesentlich auch die möglichen Effekte auf Effizienz und Arbeitsqualität ab. Je weiter der Technikprozess voranschreitet und je mehr Arbeitsschritte automatisiert und unabhängig vom menschlichen Bedienungs- oder Anwesenheitsaufwand werden, desto größer könnte sich der Effizienzgewinn (Zeit-, Koordinations- und Personalaufwand) erweisen – wenn nicht neue Aufgaben, die aus den neuen technischen Möglichkeiten resultieren, den Effizienzgewinn wieder aufzehren. Hinsichtlich der Arbeitsqualität ist der Zusammenhang wahrscheinlich (noch) weniger klar. Denn – wie im Folgenden zu sehen – kann zwar ein geringerer Bedienungsaufwand die Pflegekräfte entlasten, aber fraglich ist, ob diese Form der Entlastung überhaupt erwünscht ist oder für viele Beschäftigte gar mit Fragen der Sinnentleerung ihrer Pflegerbeit einhergeht (siehe hierzu am Fallbeispiel der Patientendokumentationssysteme den Beitrag von Urban/Schulz in diesem Band, Kap. 6).

2.2.2 Berufskultur und Interaktionsarbeit

Daher ist eine zweite Veränderungsdimension die durch die spezifische Form des digitalen Technikeinsatzes beeinflusste Eingriffstiefe in die berufskulturell geprägten Vorstellungen der Pflegekräfte von Interaktionsarbeit: Inwieweit verändert der neue digitale Technikeinsatz die bisherige Pflegearbeit als im Kern Arbeit am und mit dem pflegebedürftigen Menschen? (vgl. Remmers 2015) Und wie lässt sich das mit den subjektiven Vorstellungen der Pflegekräfte von guter Pflege vereinbaren? Ein digital gestützter Arbeitsprozess (etwa die Kommunikation über digitale Mitteilungen oder die Tourenplanung in der ambulanten Pflege mittels einer Software auf dem Smartphone anstatt eines Ausdrucks auf mitgeführten Papierbögen) wirkt sich anders auf die Pflegearbeit aus als ein Technikeinsatz, der Pflegekräfte und Patient*innen räumlich voneinander trennt (Tele-Care) oder zwischen Pflegekraft und Patient*innen bzw. als robotisches System sogar an die Stelle der Pflegekraft tritt (vgl. auch Hielscher et al. 2015b). Mit der einen Technik wird die Pflegearbeit am und mit Menschen vor allem begleitet und organisiert, mit der anderen wird sehr viel stärker in diese Arbeit selbst interveniert.

Einerseits wird in jedem Fall eine Anpassungsleistung erforderlich, die sich auf Seiten der Pflegekraft nicht automatisch, immer frei- oder bereitwillig ergibt, sondern mit Herausforderungen (z. B. andere Arbeitsorte und Arbeitsmittel) und ggf. auch Entwicklungsmöglichkeiten (neue Tätigkeitsmöglichkeiten erschließen) einhergeht. Diese Anforderungen sind nicht nur individuell zu bewältigen (auch im Falle des Einsatzes von MDA bei Patient*innen, vgl. Daxberger 2018; Bleses et al. 2018), sondern bedürfen organisatorischer Unterstützung. Es unterscheiden sich andererseits aber Anpassungsumfang und Anpassungsleistung (und übrigens nicht nur bei den Pflegekräften, sondern auch bei den Patient*innen als Co-Produzent*innen des Interaktionsprozesses, vgl. Künemund 2015).

Zu diesen ‚objektiven‘ Herausforderungen tritt eine ‚subjektive‘ Bewertung sowohl der Eingrifftiefe als auch der deren Bedeutung für die eigenen Vorstellungen von guter Arbeit hinzu. Von diesen Zuschreibungen hängt das berufskulturelle Veränderungspotenzial ab. Zwar ist der Einsatz digitaler Technik in der Pflegearbeit immer mit dem eigenen Pflege selbstverständnis zu verbinden (auch dann, wenn es ‚nur‘ um Organisations-, Vor- und Nachbereitungsarbeiten geht), aber besonders prägend stellen sich die Integrations-, Akzeptanz- und Aneignungsanforderungen dar, die aus berufskulturell gewachsenen ganzheitlichen Pflegebildern resultieren. Hier können auch die Unterschiede in verschiedenen Pflegebereichen, Pflegeberufen und Pflegeausbildungen nicht außer Acht gelassen werden. Während medizinisch überformter digitaler Technikeinsatz (etwa im Intensivbereich) in der stationären Krankenpflege schon lange zum Berufsbild gehört, ist bei Altenpfleger*innen im ambulanten Bereich von geringerer Verankerung auszugehen, weil sie in Ausbildung, Pflegealltag und Leitbildern guter Pflege (bis vor kurzem) kaum vorkam. Allerdings ist hier insgesamt von großen Unterschieden in der Belegschaft auszugehen. Viele Pflegekräfte, die auch schon außerhalb ihrer Pflegearbeit mit digitaler Technik zu tun hatten, empfinden diese auch im Arbeitseinsatz als nichts Besonderes mehr, begrüßen sie vielleicht sogar als zeitgemäße Entwicklung.

In dieser Veränderungsdimension hängen die Wirkungen auf die Effizienz der Organisationsprozesse und auf die Arbeitsqualität sehr stark davon ab, inwieweit die berufskulturelle Integrationsleistung über die Belegschaft hinweg insgesamt gelingt. Gelingt sie nicht, dürften Widerstände gegen die Digitalisierung wahrscheinlich sein, die sich etwa in Technikablehnung oder im Verlassen der Pflege niederschlagen können. Auch Konflikte zwischen eher technikaffinen und eher technikablehnenden Gruppen in der Pflege sind möglich. Solche Effekte hätten sehr negative Auswirkungen auf die Effizienzerfolge der Technik und ebenso auf die Arbeitsqualität. Sie würden sich zudem auf die Wirtschaftlichkeit der gesamten Branche und die Versorgungsqualität auswirken können.

2.2.3 Kompetenzen

Die mit der Technikeinführung verbundenen Anpassungsleistungen jeglicher Art bedürfen vorhandener Kompetenzen bzw. der Entwicklung von Kompetenzen bei den unterschiedlichen Beteiligten (etwa Führungs-, Pflegefach- und Pflegehilfskräften). Oft werden Kompetenzen als Veränderungsdimension erst dann bemerkt, wenn sie von den Akteur*innen nicht in ausreichendem Umfang entwickelt worden sind bzw. wegen hinderlichen Rahmenbedingungen nicht hinlänglich entwickelt werden konnten, um eine Anpassungsleistung erfolgreich bewältigen zu können. Inwieweit digitale Technikformen neue oder weiter entwickelte Kompetenzen erfordern, hängt von vielen, zum Teil schon angesprochenen Veränderungstiefen der Technik ab. Es geht allerdings nicht allein um ‚technische‘ Kompetenzen (z. B. der Hard- und Softwarebedienung), sondern auch wesentlich um sämtliche Kompetenzen, die eine Technikintegration in bestehende Arbeits- und Organisations-

zusammenhänge sowie die sich daraus ergebende Weiterentwicklung der beruflichen Handlungskompetenz erfordern. Dies umfasst überfachlich:

- personale Kompetenzen wie Beteiligungsbereitschaft an Technikeinführung,
- umsetzungsorientierte Kompetenzen zur Veränderung bisheriger Arbeitsroutinen und zur eigenverantwortlichen Lernbereitschaft,
- fachlich-methodische Kompetenzen in der Verbindung von Fachinhalten mit digitaler Technik,
- sozial-kommunikative Kompetenzen in der Anwendung und der gemeinsamen Reflexion technisierter Prozesse,
- allgemeine Medienkompetenzen, also die Fähigkeiten, Medien bedürfnisorientiert, zweckbestimmt und verantwortungsvoll einsetzen zu können (vgl. Bleses et al. 2019).

Der Blick auf die Kompetenzen ist also stark zu weiten: von den pflege- und führungsfachlichen Kompetenzen über die technischen Kompetenzen (Bedienung von Soft- und Hardware) bis hin zu den überfachlichen Kompetenzen (Lern- und Veränderungsfähigkeit, siehe auch den Beitrag von Friemer in diesem Band, Kap. 9).

Die in manchen Pflegeeinrichtungen (fast) parallel laufende Einführung eines mehr oder weniger breit angelegten digital gestützten Lernmanagements geht hinsichtlich der Kompetenzentwicklungen seitens der Beschäftigten mit einem interessanten Mix an Chancen, Herausforderungen und möglichen Folgewirkungen einher. Digital gestützte Arbeits- und Lernprozesse können sich hinsichtlich der Kompetenzentwicklung unterstützen, indem z. B. die Bedienung und Nutzung digitaler Arbeitsmittel zum Normalfall im gesamten Arbeitsalltag der Pflegekräfte wird. Zudem kann das eine einüben (z. B. digital gestütztes Lernen), was das andere benötigt (die Bereitschaft zum arbeitsbezogenen Lernen, z. B. im Rahmen praxisintegrierten Lernens). Umso dramatischer sind allerdings auch die möglichen Folgewirkungen scheiternder personeller Kompetenzentwicklungen, weil sich etwa fehlende Kompetenzen zum Einlassen auf digital gestützte Arbeits- und Lernprozesse insgesamt auswirken dürften. Verantwortliche für die Organisation von Veränderungsprozessen sind jedenfalls gut beraten, die Kompetenzentwicklung soweit wie möglich organisational zu unterstützen. Beeinflussen können sie diese allerdings nicht unmittelbar, sondern nur mittelbar, weil sich Kompetenzentwicklung immer nur im Individuum selbst vollziehen kann. Anders als die Regelung der Arbeitsbedingungen entzieht sich die individuelle Kompetenzentwicklung aufgrund der Subjektivität der Arbeitsperson einer direkten Steuerung.

Die Entwicklung der Kompetenzen verlangt in jeder Hinsicht Ressourceneinsatz, der individuell und organisatorisch zu bewältigen ist. Dieser wirkt sich unmittelbar auf die Effizienz der eingesetzten Technik aus. Dabei kann gelten: je umfangreicher und tiefgreifender der Technikeinsatz vorgenommen wird, desto größer wird der Aufwand. Für die Organisation bedeutet Aufwand in diesem Fall alles, was organisatorisch an Unterstützung der individuellen Kompetenzentwicklung geleistet werden kann (Freiräume in der Arbeit, Fortbildungen, Beteiligungsmöglichkeiten an Veränderungsprozessen usw.). Für die Akteure bedeutet es, sich auf Neues einzulassen, Neues zu lernen, vorangegangene Arbeitsweisen und vielleicht auch Einschätzungen zu verändern und ‚Gelerntes‘ praktisch anzuwenden (siehe auch den Beitrag von Evans in diesem Band, Kap. 10). Für Führungskräfte, die oftmals selbst der Kompetenzentwicklung hinsichtlich des ‚Mitnehmens‘ von Beschäftigten in Veränderungsprozessen bedürfen, bedeutet das, die Mitarbeitenden in allen Schritten der individuellen Entwicklung zu begleiten (vgl. Bleses 2013).

2.2.4 Arbeiten und Lernen organisieren

Praktisch jede Form des digitalen Technikeinsatzes wirkt auf die Organisation des Arbeitens und Lernens in der Pflege ein, sowohl auf die Koordination der Arbeit durch Führungskräfte, als auch auf die veränderten Anforderungen (und Möglichkeiten), die sich daraus für die Pflegekräfte ergeben. Auch hier gibt es unterschiedliche Grade organisatorischer Handlungsbedarfe: Während beispielsweise die digitale Dokumentation in der Pflegezentrale oder im Pflegeheim außer der einzuplanenden Arbeitszeit für die Ausführung aber auch für die Einarbeitung der verantwortlichen Mitarbeiter*innen noch relativ wenige arbeitsorganisatorische Veränderungen bewirken dürfte, verhält es sich bei der vernetzten digital gestützten Fernkontrolle von Vitalparametern der Patient*innen oder beim ortsunabhängigen, digital gestützten Lernen im Vergleich zum Präsenzlernen im Pflegeunternehmen schon deutlich anders. Anforderungsreich dürften sich gerade solche Veränderungen erweisen, die zu einer (weitergehenden) Einbeziehung der Pflegekräfte in die Arbeitskoordination führen und die verantwortliche Kooperations- bzw. Interaktionsgestaltung beinhalten (vgl. Becke/Bleses 2015). Gefordert ist in der Regel die Entwicklung und Umsetzung neuer Organisations- und Arbeitsroutinen, die an die neuen technischen Anforderungen und Möglichkeiten angepasst sind.

Die Herausforderung besteht dabei nicht allein in der Entwicklung und Vorgabe neuer Routinen, sondern auch in der Herstellung von Akzeptanz bei allen Beteiligten. Denn erst wenn die neuen Routinen tatsächlich umgesetzt und anerkannt sind, werden die neuen Elemente der Arbeitsorganisation auch wirksam. Die Durchsetzbarkeit dürfte dabei wesentlich von verschiedenen Komponenten abhängen (z. B. ob sie von den Akteur*innen im Vergleich zu den ‚alten‘ Routinen als nützlicher oder weniger arbeitsintensiv empfunden werden). Von der erfolgreichen organisationalen Umsetzung neuer Arbeits- und Organisationsroutinen hängt auch der Effizienzeffekt ab: Werden neue Routinen nicht von allen Beteiligten akzeptiert, kommt es zu einem parallelen Nebeneinander von neuen und bisherigen Routinen. Das steigert den Aufwand (z. B. wenn an verschiedenen Stellen nach notwendigen Informationen gesucht werden muss) und wirkt sich auch auf die Arbeitsqualität aus, weil unklare Arbeits- und Organisationsroutinen mit Handlungsunsicherheiten, persönlichem Mehraufwand, Informationsdefiziten usw. einhergehen können (siehe auch den Beitrag von Bleses/Busse in diesem Band, Kap. 4).

Erschwerend kommt hinzu, dass der organisationale Aufwand bei der Einführung digitaler Unterstützung des Arbeitens und Lernens oft vernachlässigt oder gar nicht mitgedacht wird, was sich erheblich auf die erhofften Effizienzgewinne der neuen Technik auswirken kann. Dieser beschränkt sich zudem nicht nur auf die Phase der Technikeinführung, sondern ist auch dann zu leisten, wenn sich Technik oder Arbeitsabläufe im weiteren Verlauf verändern, ist also eher als Daueraufgabe zu bezeichnen. Allerdings dürfte der organisationale Aufwand zu Beginn der Technikeinführung wesentlich höher sein als in der späteren Einsatzpraxis, die ‚nur noch‘ mehr oder weniger umfängliche Anpassungen verlangt. In Bezug auf die Arbeitsqualität der Pflegekräfte ist eine möglichst gut an die neuen Abläufe und Verfahren angepasste Organisation des neu strukturierten Arbeitens und Lernens von erheblicher Bedeutung, insbesondere was die Widerspruchsfreiheit und Handlungssicherheit von Abläufen anbelangt (z. B. der genutzten Kommunikationswege). Hier gehen Effizienz und Arbeitsqualität eine enge Wechselbeziehung ein, weil etwa eine unklare Arbeitsorganisation Mehraufwand bedeutet, der die Arbeitsbelastung steigert und die Wirtschaftlichkeit für die Unternehmen belastet.

2.2.5 Regelungen

Veränderungen der Arbeitsorganisation und des Lernens sowie die dadurch veranlassten Änderungsbedarfe der Arbeitsroutinen benötigen eine Anpassung der Regelungsstrukturen von Arbeitsprozessen, Zusammenarbeit, Rechten, Pflichten, Abgrenzung von Arbeits- und Freizeit (z. B. bei der digital gestützten arbeitsbezogenen Kommunikation oder beim digital gestützten arbeitsbezogenen Lernen daheim). Regelungsbedarfe entstehen zudem auch bei verschobenen Verantwortlichkeiten, wenn die Pflegekräfte Aufgaben erhalten, die zuvor nur in der Verwaltung bearbeitet, durch die digitale Technik nun aber verlagert durch die Pflegekräfte vollzogen werden können (z. B. direkte Absprachen mit internen und externen Kooperationspartnern, Entscheidungen über Lernorte). Hinzu kommen Regelungsbedarfe für neue Abläufe, die alte Abläufe ersetzen, Rechte, Pflichten usw. Erst eindeutige Regelungen schaffen wieder Handlungssicherheit in neuen Abläufen und Rollen im Rahmen digital unterstützten Arbeitens und Lernens. Je komplexer das jeweilige Digitalisierungsvorhaben in die bisherigen Organisations- und Arbeitsroutinen eingreift, desto umfangreicher werden die Regelungsbedarfe und die Neujustierung von auch haftungsrechtlichen Verantwortlichkeiten. Fehlende oder unvollständige Regelungen für wichtige Neuerungen führen erstens schnell zu Handlungsunsicherheiten bei allen oder einigen der am Prozess beteiligten Gruppen, zweitens zu Abwehrhaltungen und drittens ggf. sogar kontraproduktiv zum Scheitern von Veränderungsprojekten. Transparente und möglichst widerspruchssarme Regelungen von Neuerungen haben also eine elementare Bedeutung für die Arbeitsqualität aller beteiligten Akteur*innen ebenso wie für die effiziente Organisation der Pflegearbeit.

Offen ist in vielen Fällen in der Langzeitpflege allerdings, wer die Regelungen trifft und woher das für die Regelungen nötige Wissen stammt. Viele Regelungen betreffen arbeitsrechtliche Fragen, die in Betrieben mit einer betrieblichen Mitbestimmung Gegenstand dieser Gremien sind. Indes fehlen sowohl im stationären als insbesondere auch im ambulanten Bereich oftmals betriebliche Interessenvertretungen. Das hat einmal damit zu tun, dass es sich gerade in der privaten ambulanten Langzeitpflege immer noch um kleine und mittlere Unternehmen handelt, die branchenübergreifend in nur geringen Anteilen formal mitbestimmt sind. Zudem weist gerade der Pflegesektor – vor allem außerhalb der großen öffentlichen Krankenhäuser und der freigemeinnützigen Träger – eine besonders geringe gewerkschaftliche Organisationsrate und betriebliche Mitbestimmung auf (zur ‚zerklüfteten‘ Struktur der Arbeitsbeziehungen in der Pflege vgl. Evans 2016; Evans/Kerber-Clasen 2017; Schröder 2017; zu Gestaltungsmöglichkeiten der Mitbestimmungsakteure in der Digitalisierung der Altenpflege: Ludwig/Evans 2018). Viele Arbeitgeber sind daher darauf angewiesen, sich das für die Regelungen notwendige arbeitsrechtliche Wissen selbst anzueignen und quasi ‚stellvertretend‘ im Sinne und zum Schutz ihrer Beschäftigten anzuwenden.

2.2.6 Kooperationen

Digitaler Technikeinsatz kann sehr unterschiedliche Auswirkungen auf die Herausforderungen und Möglichkeiten interner und externer Kooperationen haben. Intern können z. B. auf ambulant tätige Pflegekräfte durch die Vernetzung bedingte höhere Kooperationserwartungen oder Kooperationspflichten mit der Pflegezentrale, anderen Pflegekräften und vielleicht sogar anderen sozialen Diensten des gleichen Anbieters zukommen (etwa bei der Weitergabe von Informationen oder der interdisziplinären Zusammenarbeit von Pflege-, Betreuungs- und Hauswirtschaftskräften). Auch die externe Kooperation, also die

überbetriebliche Kooperation kann auf ein anderes Niveau gehoben werden: mit Angehörigen von Pflegebedürftigen, anderen Gesundheitsdienstleistern usw.

Das muss erstens organisiert werden und etabliert zweitens völlig neue Interaktionsebenen, die von den Pflegekräften bedient werden müssen (vgl. Becke/Bleses 2015). Das kann ihnen im Pflegealltag vielleicht helfen, aber es entstehen auch neue Anforderungen, mögliche Konfliktlinien und komplexe Handlungssituationen, etwa durch die zu koordinierende Zusammenarbeit in multiprofessionellen und/oder gemischtqualifikatorischen Teams (z. B. bestehend aus Pflege-, Hauswirtschafts- und Betreuungskräften). Betroffen sind dabei auch die Mitarbeiter*innen in den Pflegezentralen, die z. B. sehr viel enger mit dem Überleitungsmanagement der Krankenhäuser, mit Betreuungsangeboten im Quartier usw. kooperieren müssen – und die diese Kooperationen einschließlich der Durchführung durch beispielsweise die Pflegekräfte organisieren müssen.

In der koordinierten Verbesserung der internen wie externen Kooperationsbeziehungen schlummern große Effizienzpotenziale, gerade was die Organisation von Pflege und Betreuung anbelangt. Für die Wirkungen auf Arbeitsqualität ist entscheidend, wie gut und praxisnah sowie beteiligungsorientiert die Kooperationsbeziehungen angelegt und mit Maßnahmen der Förderung von Kompetenzen der Beschäftigten zur Ausfüllung der Kooperation begleitet werden.

2.2.7 Führung

Damit deutet sich auch bereits die Veränderungsdimension *Führung* bzw. *interne Koordination* (Becke/Bleses 2015; für die ambulante Pflege: Bleses/Jahns 2015) der Digitalisierung der Arbeit in der Langzeitpflege an. Auch hier spielen verschiedene Aspekte eine Rolle. Zuerst benötigt ein Veränderungsprozess, der stark von der Beteiligungsbereitschaft aller einbezogenen Gruppen und insbesondere der Pflegekräfte abhängt, bei Führungskräften möglichst gut ausgebildeter Kompetenzen zur Koordination der Beteiligung von Mitarbeitenden. Zwar gibt es in der oft immer noch von kleinen und mittleren Unternehmen geprägten Langzeitpflege relativ flache Hierarchien (beispielsweise: Geschäftsführung – Leitungs- und Verwaltungsteam mit Pflegedienstleitung an der Spitze – Pflege- und Hauswirtschaftskräfte). Das bedeutet aber noch nicht, dass Beteiligung auch praktiziert wurde. Ein solcher Schritt ist jetzt allerdings notwendigerweise zu tun, um erstens die Beschäftigten im Veränderungsprozess ‚mitzunehmen‘ und zweitens deren Eigenverantwortlichkeit für funktionierende Arbeits- und Kommunikationsprozesse mit (neuen und alten) internen und externen Partner*innen sowie für den eigenen Lernfortschritt in digital gestützten Lernumgebungen zu unterstreichen. Solche Verantwortlichkeiten lassen sich kaum diktieren – zumal dann nicht, wenn sie nicht auch mit finanziellen Anreizen oder hierarchischen Aufstiegen verbunden werden können. Außerdem können neue Arbeits- und Organisationsroutinen nur dann erfolgreich an die Beschäftigten vermittelt werden, wenn die Führungskräfte diese auch ‚vorleben‘ bzw. selbst ausfüllen. Ansonsten fehlt es aus Sicht der Beschäftigten an Legitimation.

Für viele Führungskräfte ist die erforderliche Beteiligungsorientierung ‚Neuland‘. Sie bedürfen hierzu selbst der eigenen Kompetenzentwicklung und der entsprechenden organisationalen Unterstützung. Nicht allen Führungskräften fällt der Schritt zu einer beteiligungsorientierten Führungsrolle leicht, zumal viele Führungskräfte in der Langzeitpflege selbst durch zu große Arbeits-, Aufgaben- und Verantwortungsfülle stark gefordert oder sogar überfordert sind (Daxberger et al. 2018). Sie müssen Verantwortung dezentral abgeben und darauf setzen, dass die Beschäftigten diese annehmen und die Aufgaben zuverlässig übernehmen. Mit diesen erweiterten Führungskompetenzen lassen sich deutliche

Effizienzvorteile dann erzielen, wenn die neuen, digital gestützten Arbeits- und Organisationsprozesse funktionieren. Das wird mutmaßlich dauerhaft nur dann der Fall sein, wenn die Arbeitsqualität der Beschäftigten dabei gewährleistet oder sogar verbessert werden kann, sie also nicht den Eindruck haben, dass die Effizienz der Prozesse auf Kosten ihrer eigenen Arbeitsqualität geht.

2.2.8 Ressourcen der Organisation oder die ‚Gretchen-Frage‘

Eine realistische Abschätzung, ob die Ressourcen der Organisation ausreichen, um den geplanten Veränderungsprozess auch tatsächlich angehen zu können, ist erst nach Kenntnis der abschätzbaren Veränderungstiefe der angedachten Digitalisierungsschritte in allen Dimensionen einigermaßen verlässlich möglich. Zwar kann die Digitalisierung der Arbeit in keinem Fall als ‚Nebenaufgabe‘ ohne Ressourceneinsatz bewältigt werden. Aber je größer die Veränderungstiefe in den verschiedenen Dimensionen, desto aufwändiger wird der Ressourceneinsatz. Im Kern handelt es sich dabei um

- finanzielle Ressourcen: Budgetmöglichkeiten
- personelle Ressourcen: einsetzbares, arbeitsfähiges und für die Aufgaben kompetentes und motiviertes Personal
- zeitliche Ressourcen: Mehraufwand des Personals (wenigstens) für die Einführungsphase

Dabei sollte ‚konservativ‘ mit Reserven gerechnet werden, weil Aufwände aufgrund zuvor nicht absehbarer Hindernisse in Veränderungsprozessen eher umfänglicher denn geringer als geplant anfallen. Unrealistische Ressourcenplanungen erhöhen das Risiko, scheitern zu können oder die angestrebten Ziele nur suboptimal zu erreichen. Das würde die Effizienz der eingesetzten Ressourcen deutlich vermindern und wahrscheinlich auch auf Kosten der Arbeitsqualität gehen, weil etwa Überlastung durch zu gering geplante Ressourcen oder Enttäuschung über erfolglos eingesetzte eigene Ressourcen (Veränderungsengagement) naheliegende Wirkungen sind. Bevor die Digitalisierung der Arbeit in zu großen Schritten geplant wird, liegt hinsichtlich der Umsetzbarkeit mit den gegebenen oder zu entwickelnden Ressourcen eine eher kleinschrittige Veränderungsplanung nahe. Sie benötigt vielleicht länger, senkt aber das Risiko, Ressourcen zu vergeuden.

2.3 Fazit

Die Vielfältigkeit und wechselseitige Beeinflussung der Veränderungsdimensionen lässt die Analyse und Gestaltung der technischen Veränderungsprojekte im Rahmen von technischen Veränderungsprozessen zu einer äußerst komplexen Handlungsanforderung für die Forschung und die Pflegeorganisationen werden. Ein Teil der Komplexität lässt sich vielleicht durch ein phasenorientiertes Vorgehen reduzieren. Die Schilderung der Veränderungsdimensionen und die Abb. 2.1 weisen nicht ganz zufällig den gewählten Ablauf auf, der sich unseres Erachtens für eine Phasenorientierung der Prozessplanung anbieten würde. Dieser ‚Ablaufplan‘ eignet sich sowohl für die Analyse der Veränderungstiefen als auch für die Abschätzung der jeweils und insgesamt zu kalkulierenden Aufwände und für die Planung des Veränderungsprojektes selbst.

Allerdings sind Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Veränderungsdimensionen möglich oder sogar wahrscheinlich, die sich nicht unbedingt in die Ablaufplanung fügen und daher die rein sequenzielle Perspektive aufheben. Die in den jeweiligen Veränderungsdimensionen angestoßenen Entwicklungen enden nicht, wenn die Planung schon einen Schritt weiter ist. So kann beispielsweise eine arbeitsorganisatorische Veränderung

die in Gang gesetzte Kompetenzentwicklung der Beschäftigten im Idealfall unterstützen, aber auch hemmen oder nicht ausreichend aufnehmen. Das wiederum kann sich auf die Bereitschaft auswirken, den Prozess noch weiter zu unterstützen und mit anderen zu kooperieren. Solche Wechselwirkungen können sowohl positiv als auch negativ auf das gesamte Veränderungsprojekt einwirken.

Das gilt auch für die Wechselwirkungen, die zwischen dem gesamten Prozess der Digitalisierung der Arbeit und einzelnen Veränderungsprojekten sowie zwischen verschiedenen Veränderungsprojekten bestehen. So können positive Erfahrungen aus vorangegangenen Veränderungsprojekten oder ein positiver Eindruck aus dem bisherigen Prozess technisch induzierter Veränderungen in der eigenen Organisation (z. B. die Sicherheit, im Prozess mit seinen eigenen Bedarfen beachtet zu werden) einen guten Boden für neuerliche Veränderungsprojekte bereiten. Negative Vorerfahrungen hingegen können von vornherein eine ablehnende Haltung erzeugen, ohne dass diese aus dem gegenwärtigen Veränderungsprozess heraus erklärbar wäre. Zudem können Veränderungsprojekte zwar ggf. analytisch und in der Umsetzung voneinander getrennt werden, treffen jedoch auf zusammenhängende Erfahrungen und Bewertungen seitens der Beschäftigten mit anderen Veränderungsprojekten, die überlappend verlaufen. Auch hier sind Wechselwirkungen nicht nur möglich, sondern sogar wahrscheinlich.

Das bedeutet, dass das Zusammenspiel der einzelnen technischen Veränderungsprojekte in der betrieblichen Veränderungsstrategie beachtet und sichtbar gemacht werden sollte. Der analytische und gestalterische Blick auf diese Projekte sollte also nicht nur in die Zukunft gerichtet werden (*Wie soll die Technik in der Arbeit eingesetzt und gestaltet werden? Und was wird sich evtl. bald anschließen?*), sondern auch in die Vergangenheit (*Wie ist der technische Veränderungsprozess bzw. wie sind einzelne technische Veränderungsprojekte bislang verlaufen?*) und in die Gegenwart (*Welche parallelen technischen Veränderungsprojekte finden für welche Beschäftigtengruppe mit welchen möglichen Wechselwirkungen statt?*).

Gerade die Heterogenität der an technischen Veränderungsprojekten beteiligten Beschäftigtengruppen legt es nahe, den analytischen wie gestalterischen Blick möglichst differenziert auf deren unterschiedliche Voraussetzungen, Bedarfe und Betroffenheitsgrade zu richten. Diese lassen sich allerdings allein objektiv kaum zuverlässig erfassen, sondern müssen die subjektive Bewertung berücksichtigen. Das bedeutet wiederum, die verschiedenen Beschäftigtengruppen (sowie die betrieblichen Interessenvertretungen) an der Analyse wie der Umsetzung technischer Veränderungsprojekte zu beteiligen. Erst dann wird eine sowohl an den Nutzer*innen wie auch an deren Nutzenperspektiven orientierte Analyse wie Gestaltung ermöglicht (siehe die Beiträge in diesem Band von Kubek et al., Kap. 5, sowie von Breuer et al., Kap. 7). Ohne die Beteiligung bleiben die ‚objektiven‘ Annahmen über Voraussetzungen, Bedarfe und Betroffenheitsgrade von Beschäftigtengruppen pure Annahmen, die sich – wenn sie sich als unzutreffend erweisen – hemmend auf das Veränderungsprojekt auswirken können.

Indes sollten Analysen wie Gestaltungsprojekte neben der Nutzer*innenperspektive auch die organisatorischen Handlungsmöglichkeiten nicht vernachlässigen. Den Organisationsleistungen (bzw. den Führungskräften als handelnden Repräsentant*innen der Organisation) kommt in Veränderungsprojekten eine große Bedeutung zu, weil nur diese ein positives Zusammenwirken von individuellen Bedarfen und Handlungsmöglichkeiten mit den organisationalen Rahmenbedingungen herstellen können. Jede Nutzer*innenperspektive läuft ansonsten ins Leere. Tatsächlich kommt gerade den Führungskräften eine

Schlüsselrolle zu, weil sie Veränderungen bzw. Veränderungsvereinbarungen vorleben können (z. B. veränderte Arbeitsroutinen, die von Beschäftigten erwartet werden).

Die Handlungsfähigkeit der Organisation und ihrer Führungskräfte ist also eine zentrale Ressource für den Erfolg bzw. Misserfolg technischer Veränderungsprojekte. Es kommt eben nicht nur auf die Zahl der Köpfe, die investiven Mittel und die zur Verfügung gestellten Zeitfenster für Beschäftigte an. Vielmehr muss auch das, was die Organisation selbst an Veränderungen zu leisten bereit und in der Lage ist, berücksichtigt werden. Das wiederum rückt die Bedarfe und Handlungskapazitäten der Führungskräfte auf den verschiedenen Ebenen in den Fokus.

Und schließlich ist auch der Blick auf das Einvernehmen des Einsatzes von (digitaler) Technik seitens der Gepflegten zu richten (Künemund 2015). Auch hierbei handelt es sich um einen Erfolgsfaktor, erstens weil Technik im pflegerischen Interaktionsprozess nur erfolgreich umgesetzt werden kann, wenn auch die Patient*innen ‚mitspielen‘. Zweitens stellt sich – damit verbunden – auch die Frage der Arbeitsqualität aus Sicht der Beschäftigten, die sich berufskulturell häufig als die Advokator*innen der Patient*innenbedarfe sehen. Denn für ihre Bewertung der Arbeitsqualität ist es nicht nur wichtig, dass die Bedingungen des Technikeinsatzes organisatorisch geklärt sind. Für sie ist auch elementar wichtig, dass das Ergebnis ihrer Pflegearbeit (die Versorgungsqualität aus fachlicher wie aus Patient*innensicht) ihren Ansprüchen genügt.

Literatur

- Becke, G., Bleses, P. (2016). Pflegepolitik ohne Arbeitspolitik? Entwicklungen im Feld der Altenpflege. In: Heimbach-Steins, M. (Hrsg.), Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften (S. 105-126), 57. Band. Münster.
- Becke, G., Bleses, P. (2015). Koordination und Interaktion – ein konzeptioneller Rahmen für die Analyse ihres Wechselverhältnisses bei sozialer Dienstleistungsarbeit. In: Becke, G., Bleses, P. (Hrsg.), Interaktion und Koordination. Das Feld sozialer Dienstleistungen (S.23-49). Wiesbaden: Springer VS.
- Becke, G., Bleses, P., Goldmann, M. (2016). Soziale Innovationen – eine neue Perspektive für die Arbeitsforschung im Feld sozialer und gesundheitsbezogener Dienstleistungen. In: Becke, G., Bleses, P., Frerichs, F., Goldmann, M., Hinding, B., Schweer, M. K. W. (Hrsg.), Zusammen – Arbeit – Gestalten. Soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen (S. 9-31). Wiesbaden: Springer VS.
- Benedix, U., Medjedowic (2014). Gute Arbeit und Strukturwandel in der Pflege. Gestaltungsoptionen aus der Sicht der Beschäftigten. Reihe Arbeit und Wirtschaft in Bremen, hrsg. vom Institut Arbeit und Wirtschaft (iaw) der Universität Bremen und der Arbeitnehmerkammer Bremen. Ausgabe 6. <http://www.iaw.uni-bremen.de/ccm/publications/material---pdf/2014/gute-arbeit-und-strukturwandel-in-der-pflege.de> (Zugriff am 10.02.2020).
- BGW – Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2017). Pflege 4.0 – Einsatz moderner Technologien aus der Sicht professionell Pflegender. Forschungsbericht. Hamburg: BGW. https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/BGW%20Broschueren/BGW09-14-002-Pflege-4-0-Einsatz-moderner-Technologien_Download.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff am 10.02.2020).

- Bleses, P. (2013). Beteiligung organisieren. In: Becke, G., Behrens, M., Bleses, P., Meyerhuber, S., Schmidt, S., Organisationale Achtsamkeit. Veränderungen nachhaltig gestalten (S. 35-54). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Bleses, P., Busse, B. (2020). Digitalisierung der Pflegearbeit in der ambulanten Pflege: Herausforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten guter Arbeitsqualität. Kap. 4 in diesem Band.
- Bleses, P., Busse, B., Friemer, A. (2020). Zur Einführung. Kap. 1 in diesem Band.
- Bleses, P., Busse, B., Friemer, A., Kludig, R., Schnäpp, M., Bidmon-Berezinski, J., Breuer, J., Philippi, L. (2018). Zwischenbericht des Verbundprojekts KoLeGe. Ergebnisse der Analysephase. Schriftenreihe Institut Arbeit und Wirtschaft 24, Juni 2018, zweite erweiterte Fassung des Berichts. Universität Bremen. https://kolegeprojekt.uni-bremen.de/wp-content/uploads/2018/07/2018_05_31_ZBW_KoLeGe_Schriftenreihe_final.pdf (Zugriff am 10.02.2020).
- Bleses, P., Friemer, A., Kludig, B. (2019). Kompetenzen. In: Bleses, P., Busse, B., Friemer, A., Behling, U., Kludig, R., Breuer, J., Philippi, L., Handlungsleitfaden für die Praxis: Digitalisierung personenbezogener sozialer Dienstleistungen. Universität Bremen, Institut Arbeit und Wirtschaft, https://kolegeprojekt.uni-bremen.de/wp-content/uploads/2019/06/KoLeGe_Leitfaden_Sammlung.pdf (Zugriff am 10.02.2020).
- Bleses, P., Jahns, K. (2015). Neugestaltung der Koordination und Interaktion in organisatorischen Handlungskontexten sozialer Dienstleistungen. In: Becke, G., Bleses, P. (Hrsg.), Interaktion und Koordination. Das Feld sozialer Dienstleistungen (S. 53-70). Wiesbaden: Springer VS.
- Böhle, F., Stöger, U., Weihrich, M. (2015). Interaktionsarbeit gestalten. Vorschläge und Perspektiven für humane Dienstleistungsarbeit. Berlin: edition sigma.
- Breuer, J., Bleses, P., Philippi, L. (2020). Praxisorientierung und Partizipation. Schlüssel für Technikgestaltung in Veränderungsprojekten, Kap. 7 in diesem Band.
- DAA-Stiftung (2017). Digitalisierung und Technisierung der Pflege in Deutschland. Aktuelle Trend und ihre Folgewirkungen auf Arbeitsorganisation, Beschäftigung und Qualifizierung. Hamburg: DAA-Stiftung Bildung und Beruf. https://www.daa-stiftung.de/fileadmin/user_upload/digitalisierung_und_technisierung_der_pflege_2.pdf (Zugriff am 10.02.2020).
- Daxberger, S. (2018). Neue Technologien in der ambulanten Pflege. Wie Smartphones die Pflegepraxis (mit-)gestalten. Frankfurt a.M.: Mabuse-Verlag.
- Daxberger, S., Wirth, L. M., Hülsken-Giesler, M. (2018). Technikgestützte Steuerung von Arbeitsprozessen in der ambulanten Pflege – eine transdisziplinäre Betrachtung. Pflegewissenschaft, 20. Jg., H. 7/8, 311-320.
- Elmer, A., Matusiewicz, D. (Hrsg.) (2019). Die Digitale Transformation der Pflege. Wandel. Innovation. Smart Services Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- ePfleger (2017). ePfleger. Informations- und Kommunikationstechnologie für die Pflege. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, durchgeführt von der Roland Berger GmbH, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., Philosophisch-Theologische Hochschule Vallendar, Berlin, Vallendar, Köln. <https://>

- www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/BMG_ePflege_Abschlussbericht_final.pdf (Zugriff am 10.02.2020).
- Erpenbeck, J., Sauter, S., Sauter, W. (2015). E-Learning und Blended Learning: Selbstgesteuerte Lernprozesse zum Wissensaufbau und zur Qualifizierung. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Evans, M. (2016). Arbeitsbeziehungen der Care-Arbeit im Wandel. WISO Diskurs 23/2016. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung. <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/12940.pdf> (Zugriff am 10.02.2020).
- Evans, M., Kerber-Clasen, S. (2017). Arbeitsbeziehungen in der Care-Arbeit: Blockierte Aufwertung? WSI Mitteilungen, H. 3: 180-188.
- Evans, M., Ludwig, C., Gießler, W., Breuker, G., Scheda, W. (2020). Digitalisierung für die Altenpflege. „Lernreise“ als Instrument des betrieblichen Capacity-Buildings. Kap. 10 in diesem Band.
- Evers, J., Hafkesbrink, J., Becke, G. (2014). Balancing efficiency, quality of work and service quality –Measuring the productivity of social services. In: Becke, G., Evers, J., Hafkesbrink, J., Henke, U. (Hrsg.), Cockpit soziale Dienstleistungen. Gestaltung der Produktivität durch Balance von Effizienz, Unterstützungsqualität und Arbeitsqualität (S. 19-46). Münster: LIT-Verlag.
- Friemer, A. (2020). Digitale Technik droht? Bedroht? Wirklich nur? Kompetenzentwicklung in Veränderungsprojekten. Kap. 9 in diesem Band.
- Fuchs-Fronhofen, P., Blume, A., Ciesinger, K. G., Gessenich, H., Hülsken-Giesler, M., Isfort, M., Jungtäubl, M., Kocks, A., Patz, M., Wehrich, M. (2018). Memorandum „Arbeit und Technik 4.0 in der professionellen Pflege“. MA&T Sell & Partner GmbH: Würselen. <http://www.memorandum-pflegearbeit-und-technik.de> (Zugriff am 10.02.2020).
- Hielscher, V. (2020). Digitalisierungsprozesse und Interaktionsarbeit in der Pflege. Kap. 3 in diesem Band.
- Hielscher, V., Nock, L., Kirchen-Peters, S. (2015a). Technikeinsatz in der Altenpflege. Potenziale und Probleme in empirischer Perspektive. Baden-Baden: Edition sigma in der Nomos Verlagsgesellschaft.
- Hielscher, V., Kirchen-Peters, S., Sowinski, C. (2015b). Technologisierung der Pflegearbeit? Wissenschaftlicher Diskurs und Praxisentwicklungen in der stationären und ambulanten Langzeitpflege. Pflege & Gesellschaft, 20. Jg., H.1, 5-19.
- Hülsken-Giesler, M., Daxberger, S. (2018). Robotik in der Pflege aus pflegewissenschaftlicher Perspektive. In: Bendel, O. (Hrsg.), Pflegeroboter (S. 125-139). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Kludig, R., Friemer, A. (2020). Blended Learning in der ambulanten Pflege: Partizipative Gestaltung unter Berücksichtigung der Diversität von Pflegekräften. Kap. 8 in diesem Band.
- Kubek, V., Velten, S., Uhde, A., Schlicker, N., Blaudszun-Lahm, A. (2020). Kollaborative Dienstplattform. Digitalisierung als Mittel teamorientierter Selbstorganisation. Kap. 5 in diesem Band.

- Künemund, H. (2015). Chancen und Herausforderungen assistiver Technik. Nutzerbedarfe und Technikakzeptanz im Alter. Technikfolgenabschätzung – Theorie und Praxis, 24. Jg., H. 2, 28-35.
- Lücke, S. (2018). Pflege-„Revolutionchen“. Die Schwester / Der Pfleger, 57. Jg., H. 8, 11-17.
- Ludwig, C., Evans, M. (2018). Digitalisierung in der Altenpflege: Gestaltungsoptionen und Gestaltungswege für betriebliche Interessenvertretungen. Gelsenkirchen: Institut Arbeit und Technik. Forschung Aktuell, Nr. 12/2018. <https://www.iat.eu/forschung-aktuell/2018/fa2018-12.pdf> (Zugriff am 10.02.2020).
- Mannheim, K. (1929). Die Bedeutung der Konkurrenz im Gebiete des Geistigen. In: Verhandlungen des Sechsten Deutschen Soziologentages vom 17. bis 19. September 1928 in Zürich (S. 35-83). Tübingen: Mohr.
- Maucher, I., Paul, H., Rudolf, C. (2002). Modellierung in Soziotechnischen Systemen. In: Desel, J., Weske, M. (Hrsg.), Promise 2002. Prozessorientierte Methoden und Werkzeuge für die Entwicklung von Informationssystemen. 9.-11. Oktober 2002 in Postdam (S. 128-137). Gesellschaft für Informatik, Bonn: Köllen Druck + Verlag GmbH.
- Paul, G. (2017). Anforderungen an soziotechnische Systemgestaltung bei der Einführung und Nutzung von Kollaborationsanwendungen. Beitrag zur Fachtagung des *Collaboteam*-Verbundes am 14.9.2017 in Göttingen, Soziologisches Forschungsinstitut Göttingen an der Georg-August-Universität. https://www.collaboteam.de/fileadmin/user_upload/17-09-14_Gerd_Paul_-_Anforderungen_sozio-technische_Systemgestaltung.pdf (Zugriff am 10.02.2020).
- Remmers, H. (2018). Pflegeroboter: Analyse und Bewertung aus Sicht pflegerischen Handelns und ethischer Anforderungen. In: Bendel, O. (Hrsg.), Pflegeroboter (S. 161-179). Wiesbaden: Springer Gabler.
- Remmers, H. (2015). Natürlichkeit und Künstlichkeit. Zur Analyse und Bewertung von Technik in der Pflege des Menschen. Technikfolgenabschätzung – Theorie und Praxis, 24. Jg., H. 2, 11-20
- Rösler U., Schmidt K., Merda M., Melzer, M. (2018). Digitalisierung in der Pflege. Wie intelligente Technologien die Arbeit professioneller Pfleger verändern. Initiative Neue Qualität der Arbeit INQA, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Berlin. https://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/pflege-4.0.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (Zugriff am 10.02.2020).
- Rothgang, H., Müller, R. (2018). Pflegereport 2018. Schriften zur Gesundheitsanalyse. Bd. 12. Berlin: Barmer. <https://www.barmer.de/blob/171920/50830f18c45c7b2c54b6c27006297e7d/data/dl-pflegereport-2018.pdf> (Zugriff am: 10.02.2020).
- Schröder, W. (2017). Altenpflege zwischen Staatsorientierung, Markt und Selbstorganisation. WSI Mitteilungen, H. 3, 189-196.
- Senghaas-Knobloch, E. (2008). Care-Arbeit und das Ethos fürsorglicher Praxis unter neuen Marktbedingungen am Beispiel der Pflegepraxis. Berliner Journal für Soziologie, 18 Jg., 221-243.

- Sieger, M., Goertz, L., Wolpert, A., Rustemeier-Holtwick, A., (Hrsg.) (2015). Digital lernen – evidenzbasiert pflegen. Neue Medien in der Fortbildung von Fachkräften. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag.
- Theobald, H. (2018). Pflegearbeit in Deutschland, Japan und Schweden. Wie werden Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und Männer in die Pflegearbeit einbezogen? STUDY Nr. 383, August 2018, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf. https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_383.pdf (Zugriff am 10.02.2020).
- Ulich, E. (2013). Arbeitssysteme als Soziotechnische Systeme – eine Erinnerung. *Journal Psychologie des Alltagshandelns*, 6. Jg., H. 1, 4-12.
- Ulich, E. (2001). *Arbeitspsychologie*. 5. Aufl. Stuttgart: Schaeffer-Poeschel Verlag.
- Urban, M., Schulz, L. (2020). Digitale Patientendokumentationssysteme. Potenziale, Herausforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten. Kap. 6 in diesem Band.
- ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2018). Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. So beurteilen die Beschäftigten die Lage. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfragen zum DGB-Index Gute Arbeit, hrsg. vom Institut DGB-Index Gute Arbeit und ver.di – Bereich Innovation und Gute Arbeit. <https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++fecfee2c-a482-11e8-85a5-52540088cada> (Zugriff am 10.02.2020).
- Weirich, M., Dunkel, W., Rieder, K., Kühnert, I., Birken, T., Herms, I. (2015). Interaktive Arbeit in der Altenpflege: zwischen Arbeitswelt und Lebenswelt. In: Dunkel, W., Weirich, M. (Hrsg.), *Interaktive Arbeit. Theorie, Praxis und Gestaltung von Dienstleistungsbeziehungen* (S. 181-217). Wiesbaden: Springer-VS.

3 Digitalisierungsprozesse und Interaktionsarbeit in der Pflege

Volker Hielscher

Zusammenfassung

Digitale Technologien halten nicht nur in der Industrie, sondern auch bei personenbezogenen Dienstleistungen wie der Pflege Einzug. In der Langzeitpflege steht dabei insbesondere die Digitalisierung der Dokumentation und Pflegeprozessplanung im Vordergrund. Für die Akzeptanz und eine kompetente Handhabung dieser Technologien sind die Partizipation der Beschäftigten im Einführungsprozess sowie die Qualifikation und der Kompetenzaufbau für die IT-Nutzung von besonderer Relevanz. Die Pflegekräfte stehen nämlich nicht nur vor der Herausforderung, die Technologie sicher bedienen zu können, sondern sie müssen die Technikanwendung in die Pflegeinteraktion zu ihren Klientinnen und Klienten integrieren. Diese Vermittlungs- und Integrationsleistung schafft erst die Voraussetzung, dass die Techniknutzung ‚reibungslos‘ funktioniert. Sie ist im Zeitalter der Digitalisierung eine neue Arbeitsanforderung an professionell Pflegende.

3.1 Einleitung

Die Digitalisierung der Arbeitswelt verändert nicht nur den Charakter von Industriearbeit. Sie prägt in zunehmendem Maße auch solche Branchen, in denen ‚face-to-face‘ personenbezogene Dienstleistungen erbracht werden, wie etwa den Gesundheits- und Pflegesektor. Gerade die Situation in der Pflege mit ihren hohen Arbeitsbelastungen und einem eklatanten Fachkräftemangel ist in den vergangenen Jahren zunehmend in den Fokus des öffentlichen Interesses gerückt. Nicht wenige Akteure in Politik und Gesundheitswirtschaft hoffen darauf, dass ein verstärkter Technikeinsatz Zeit- und damit Personalressourcen einsparen und so dazu dienen kann, die Versorgungssituation zu unterstützen sowie die Bedingungen der Pflegearbeit zu verbessern. Mittlerweile haben Technikentwickler und -anbieter vielfältige technische Lösungen für verschiedenste Anwendungsfelder an den Markt gebracht.

Bisher zeigen die Erfahrungen jedoch, dass vor allem in der Langzeitpflege die technologischen Potenziale nicht ausgeschöpft werden. Die Digitalisierung kommt nur zögerlich und nur in Teilbereichen in der Pflege an. Positive Leitbilder eines sinnvollen Technikeinsatzes sind kaum verbreitet und es fehlt an Standards für erfolgreiche Strategien zur Technikimplementierung in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen (Evans et al. 2018). Zudem ist bisher wenig beleuchtet, welche organisationalen und professionellen Voraussetzungen gegeben sein müssen, damit der Einbezug von digitalen Technologien in die Pflegeinteraktion gelingt. Damit verknüpft stellt sich die Frage, welche Folgen eine stärkere ‚Technologisierung‘ der Pflegearbeit für das berufliche Selbstverständnis und das professionelle Arbeitshandeln der Pflegekräfte nach sich ziehen könnte. Denn Pflegearbeit ist im Kern Interaktionsarbeit am „Arbeitsgegenstand Mensch“ (Hacker 2008) und durch eine spezifische Fürsorgebeziehung geprägt, die einen Kern der beruflichen Orientierungen vieler Pflegenden darstellt (Darmann-Fink/Friesacher 2009). Eine verstärkte Nutzung von Technologie greift unter Umständen in die Pflegeinteraktion und die Fürsorgebe-

ziehung ein und stellt ihrerseits neue Arbeitsanforderungen an die professionell Pflegenden (Hielscher et al. 2016).

Bei der Betrachtung dieser Aspekte ist es von Bedeutung, zwischen den denkbaren Möglichkeiten, die technische Innovationen beinhalten, und ihrer realen Anwendung in der Praxis der Pflege zu unterscheiden. Zwischen beiden Polen liegt ein Diffusionsprozess, in dessen Verlauf manche Lösungen Erfolg haben, andere durchaus sinnvolle Innovationen sich aber nicht durchsetzen. Nicht selten scheitern neue technische Lösungen daran, dass sie zu technikzentriert ausfallen – also aus Entwickler*innenperspektive zwar überzeugend erscheinen, aber in der Praxis nicht handhabbar sind oder von den potenziellen Nutzer*innen abgelehnt werden. Insofern wird in den folgenden Ausführungen auf diejenigen Anwendungsfelder fokussiert, die in der Praxis ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen tatsächliche Relevanz besitzen oder an Relevanz gewinnen. Vor diesem Hintergrund soll drei Fragestellungen nachgegangen werden:

1. In welchen Anwendungsfeldern gewinnen digitale Technologien in der Langzeitpflege derzeit am ehesten an Bedeutung?
2. Welche Rolle spielt der Einführungsprozess für die erfolgreiche Nutzung digitaler Technologien?
3. Wie stellen sich aus Sicht der Pflegekräfte die Anforderungen dar, digitale Technologien in den alltäglichen Arbeitsprozess zu integrieren?

Bei der Betrachtung dieser Fragen soll auf das Wechselverhältnis zwischen dem Veränderungsprozess in Pflegeorganisationen, dem Wandel von Arbeitsanforderungen und einer gelingenden (oder scheiternden) Nutzung digitaler Technologien ein besonderes Augenmerk gelegt und einige Überlegungen zu möglichen idealtypischen Konstellationen angestellt werden, wie Pflegekräfte die Techniknutzung in den Prozess der Pflegeinteraktion integrieren.³

3.2 Vielfalt und Komplexität: Das Spektrum neuer Technologien in der Pflege

Der Blick auf die Praxis der Techniknutzung in den Einrichtungen und Diensten zeigt, dass manche Technikanwendungen sehr bodenständiger Natur sind und nur ein Teil der Anwendungen tatsächlich auf Technologien beruht, die unter dem Begriff der ‚Digitalisierung‘ gefasst werden können. Moderne Lifter z. B. sind wichtige Gerätschaften, die die Belastungen des Muskel-Skelettsystems bei Pflegekräften deutlich reduzieren können und deren Einsatz daher einen wichtigen Baustein für eine Entlastung der Pflegearbeit durch Technik darstellen würde – auch ohne dass Lifter im Kontext der Digitalisierung diskutiert werden würden. Grundsätzlich sind überdies solche Techniken, die Patient*innen direkt involvieren, von jenen Techniken zu unterscheiden, die primär auf die Hintergrundprozesse der Versorgung, auf die Steuerung und Vernetzung bislang getrennter Versorgungsbereiche oder auf neue Versorgungsangebote zielen. Die Einsatzfelder digitaler Technologien lassen sich in vergrößerter Betrachtung wie folgt beschreiben:

³ Die empirische Basis der nachfolgenden Ausführungen geht auf ein empirisches Forschungsprojekt zurück, das von der Hans-Böckler-Stiftung gefördert wurde (Hielscher et al. 2015, 2016; Hielscher, Kirchen-Peters 2017, Evans et al. 2018).

- Dem Feld *patientenbezogener Systeme* sind etwa Patienteninformationssysteme, das Telemonitoring oder der Bereich des Mobile Health zuzuordnen. Die Überwachung und Übermittlung von Vitalparametern, der Einsatz interaktiver Patienteninformationssysteme, das digitale Wundmanagement, der Einsatz von Apps in der Therapie oder die Rehabilitationsrobotik deuten das breite Spektrum an. Auch die telemedizinische Unterstützung von Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld oder das Ambient Assisted Living sind hierunter zu fassen. Ebenfalls im Einsatz sind (teilweise GPS-gestützte) Personenortungssysteme, die es erlauben, dass sich mobile Demenzkranke oder Menschen mit sonstigen kognitiven Beeinträchtigungen innerhalb bestimmter definierter Bereiche ungehindert bewegen können. Sie werden in einer Reihe stationärer Einrichtungen genutzt und die Akteure aus der Praxis gehen von einer zukünftig steigenden Bedeutung der Personenortung aus. Der technisch mögliche Einsatz von Robotern für Service- und Pflegeaufgaben wird zwar medial immer wieder thematisiert, spielt aber bisher in der Pflegepraxis zumindest in Deutschland kaum eine nennenswerte Rolle.
- In der *Betreuung und Aktivierung* für Pflegebedürftige kommen in den letzten Jahren vermehrt computergestützte Spiele zum Einsatz: Ein Beispiel dafür sind die Wii-Spiele des Anbieters Nintendo, welche zur Bewegung animieren und Geselligkeit unterstützen können. Darüber hinaus werden technisch aufwendig gestaltete Roboter-tiere in wachsendem Maße für die Stützung sozialer Interaktionsprozesse genutzt. Ein bekanntes Beispiel dafür ist die Robbe ‚Paro‘, die eine erleichterte Ansprache von demenziell erkrankten Menschen oder Personen mit autistischen Einschränkungen ermöglichen soll.
- Ein weiterer Einsatzbereich digitaler Technologien sind *versorgungsprozessbezogene Informations- und Kommunikationssysteme*. So wurde die Pflegedokumentation, die eine wichtige Basis für eine professionelle, nach aktuellem Kenntnisstand durchgeführten Pflege darstellt, zuerst in den Krankenhäusern und in den letzten Jahren auch zunehmend in der Langzeitpflege mit mobilen Erfassungsgeräten und spezialisierter Dokumentationssoftware auf digitale Technologien umgestellt. Dieser Wechsel von handschriftlich geführten papierenen Akten auf IT-gestützte Dokumentationssysteme dürfte in der ambulanten und stationären Langzeitpflege die gegenwärtig bedeutendste technische Innovation darstellen. Anwendungen mit ähnlicher Ausrichtung in der pflegerischen und medizinischen Versorgung sind Krankenhausinformationssysteme, die elektronische Patientenakte, Logistikinformationssysteme oder Laborinformationssysteme.
- Digitale Technologien im Pflegealltag finden sich auch in *arbeitsprozessbezogenen Unterstützungs-, Informations- und Kommunikationssystemen*, die unmittelbar im Zusammenhang mit der Arbeit der Beschäftigten stehen. In die Büros der Verwaltung hat der Computer bereits seit den 1990er Jahren Einzug gehalten. Ausdifferenzierte und spezialisierte Software-Systeme sind in der Folgezeit hinzugekommen. Das Spektrum der Anwendungen reicht von der digitalen Arbeitszeiterfassung und Personalausfallplanung, über zentral gesteuerte Personaleinsatz- und Tourenplanungen bis hin zur Nutzung digitaler Technologien in Diagnostik und Therapie, das Abrufen fachlicher Informationen im Arbeitsprozess (z. B. Expertenstandards, Leitlinien) sowie die Nutzung webbasierter Anwendungen in der Fort- und Weiterbildung für die Pflegekräfte.
- Darüber hinaus zielen Einsatzfelder neuer Technologien auch auf die *Vernetzung unterschiedlicher Versorgungsangebote*. In der Praxis sind hierunter zum Beispiel Plattformen zu fassen, über welche für spezifische Patient*innengruppen Therapiepfade

definiert sowie Versorgungsleistungen und Patientendaten organisiert werden. Verschiedene Nutzer*innengruppen, so auch die in Pflege und Betreuung tätigen Fachkräfte, können prinzipiell Zugriff auf solche Plattformen haben. Primäres Ziel entsprechender Systeme ist die Organisation, Steuerung und Dokumentation von Versorgungsprozessen „aus einer Hand“. Insbesondere Gesundheitseinrichtungen, die unterschiedliche Leistungen erbringen, können das Zuweisungs-, Leistungs- und Entlassmanagement und/oder die häusliche Pflege und Betreuung miteinander verknüpfen. Die tatsächliche Nutzung solcher Plattformen durch verschiedene Dienstleister steht eher noch am Anfang. Eine neue Schnittstelle zwischen Pflegedienstleistern und Klient*innen bilden Plattformen, mit denen Versorgungsangebote im Bereich von Pflege-, Betreuungs- und Haushaltsdienstleistungen sowie an weiteren Unterstützungsleistungen über das Internet gebucht und kombiniert werden können.

Bereits die kursorische Aufzählung zeigt, dass die Einsatzfelder für moderne Technologien in der Pflege überaus vielfältig sind. Sie können sich sowohl auf konkrete Arbeitsroutinen wie auch auf die Steuerung komplexer Versorgungsprozesse oder auf gänzlich neue Versorgungsangebote beziehen.

Zu vermeiden ist überdies der Trugschluss, dass der Technikeinsatz in der Pflege eine erst jüngst mit der Digitalisierung aufgeworfene Frage ist. Im Diskurs um die Techniknutzung bei der Betreuung und Pflege erkrankter oder alter Menschen steht seit Mitte des letzten Jahrhunderts immer wieder die Frage im Mittelpunkt, wie die ‚eigentliche‘ Betreuungs- und Pflegetätigkeit, die lebendige, unmittelbare Interaktion zwischen professionell Pflegendem und Hilfebedürftigem, mit wissenschaftlich-technischen Aspekten und der Standardisierung von Prozessen vereinbar ist (Hülsken-Giesler 2007). In der Vergangenheit wurde der Diskurs zum Technikeinsatz vor allem zwischen den Polen der ‚Technikoptimisten‘ und der ‚Technikpessimisten‘ geführt: Die technikoptimistische Position sieht die Technik als sozial, kulturell und moralisch neutrales Instrument, das quasi in einer Win-Win-Situation zum Wohle der Hilfebedürftigen wie auch als Chance zur Professionalisierung der Fachkräfte genutzt werden könne. Insbesondere in den 1950er und 1960er Jahren wurde der technische Fortschritt zum Teil euphorisch begrüßt (vgl. in kritischer Reflexion Barnard/Cushing 2001); eine Sichtweise, die bis heute nicht nur bei den Technikanbietern überwiegt. In der technik-pessimistischen Position artikuliert sich die Skepsis, dass originär pflegerische Tätigkeiten durch technische Gerätschaften übernommen bzw. durch technisch induzierte Logiken dominiert werden könnten. Kritische Einwände gegen eine durch Technik geprägte Arbeitsteilung und den Verlust von Zuwendung und Qualität in der Pflegeinteraktion lassen sich ebenfalls bis in die 1950er Jahre zurückverfolgen (Rinard 2001). Diese Polarisierung setzt sich in analoger Form heute im Diskurs um die Digitalisierung fort, etwa wenn von „technikzentrierten“ versus „humanzentrierten“ Szenarien bei der Gestaltung von ‚Industrie 4.0‘ die Rede ist (Huchler 2016).

Mit Blick auf die Situation in der Langzeitpflege kann bisher allerdings nicht von einer generellen Relativierung oder Verdrängung der Pflegeinteraktion durch den verstärkten Einsatz von Technik ausgegangen werden (Hielscher 2014). Aktuelle Befragungen zeigen überdies, dass Pflegekräfte zwar einen großen Nutzen in moderner Technologie sehen, wenn diese die Arbeit erleichtert und Routineaufgaben wie die Dokumentation schneller erledigt werden können. Der Ersatz menschlicher Arbeitskraft oder der Einsatz von Technologie für soziale Aufgaben werden jedoch äußerst skeptisch bewertet (Zöllick et al. 2019).

3.3 Anwendungsbeispiel EDV-gestützte Dokumentationssysteme

Aufgrund ihrer empirischen Bedeutung werden für die weiteren Betrachtungen die EDV-gestützten Systeme zur Dokumentation und Pflegeprozessplanung in den Mittelpunkt gerückt. Vor allem durch die zunehmenden Qualitätsanforderungen im Gesundheitswesen sowie zur Leistungserfassung und Absicherung von Haftungsrisiken hat die Dokumentation an Relevanz gewonnen.

Über Jahrzehnte hinweg wurde die Dokumentation mit einem erheblichen Arbeitsaufwand als handschriftliche Notizen auf papierenen Bögen oder Kladden geleistet. Mit der Einführung systematischer Pflegemodelle und Prozessbeschreibungen der Pflegehandlungen ist die Komplexität der erforderlichen Datenerfassung allerdings erheblich gewachsen. Die Dokumentation wurde zunehmend in einen systematisch durchzuführenden Gesamtprozess eingebunden (mit den Schritten Diagnostik, Planung, Pflegeintervention, Evaluation, Dokumentation). Ein so angelegter Prozess hat zur Voraussetzung, dass für die einzelne pflegebedürftige Person jeder einzelne Teilschritt systematisch geplant und nach der Durchführung in einer einheitlichen Form dokumentiert wird. Nur auf dieser Basis ist für die am Pflegeprozess beteiligten Fachkräfte eine Evaluation der bisher erfolgten Pflegehandlungen und eine planvolle und reflektierte Anpassung von Pflegezielen und Pflegeinterventionen möglich. Der Dokumentation kommt daher auch eine die Pflegearbeit steuernde Funktion hinzu. Angesichts dieser komplexer gewordenen Anforderungen geriet die handschriftliche Dokumentation zunehmend an ihre Grenzen: Einschränkungen der Lesbarkeit durch unterschiedlich ausgeführte Handschriften, mangelnde Präzision der Dokumentation bei Pflegekräften mit Problemen im fachlichen Ausdruck, zunehmende Unübersichtlichkeit der Papierkladden bei fortschreitender Pflegedauer sowie eine mangelhafte Abbildung des Pflegeprozesses in den traditionellen Dokumentationssystemen wurden zu einem wachsenden Problem (MDS 2005). Zudem wird der mit der Pflegedokumentation verbundene zeitliche und administrative Aufwand für die Pflegekräfte seit Jahren kritisch diskutiert. Insofern richten sich an die Digitalisierung auch Erwartungen hinsichtlich einer Verbesserung von Effizienz, Genauigkeit und Vollständigkeit der Dokumentation. Vor diesem Hintergrund hat die Umstellung auf IT-gestützte Dokumentationssysteme in der Langzeitpflege in den letzten Jahren einen enormen Schub erfahren. Einer Befragung von Leitungskräften zufolge nutzten im Jahr 2012 gut zwei Fünftel der befragten stationären Pflegeeinrichtungen ein EDV-gestütztes Dokumentationssystem (Althammer/Sehlbach 2012). Im Jahr 2018 ist nach einer weiteren Befragung dieser Anteil auf gut drei Viertel aller Einrichtungen angestiegen (IGES 2019, S. 189).

Bei der Betrachtung der EDV-gestützten Pflegedokumentation ist zu beachten, dass für die stationäre Langzeitpflege und für die ambulante Pflege unterschiedliche Anforderungen bestehen. In stationären Einrichtungen wird eine umfassende Anamnese zu den bestehenden Fähigkeiten und zum Hilfebedarf durchgeführt und entsprechend differenzierte Maßnahmenplanungen angelegt. Die ambulanten Dienste hingegen planen den Pflegebedarf und die Pflegemaßnahmen entlang der Leistungskomplexe, die sie für ihre Klient*innen erbringen. Dementsprechend ist der Dokumentationsaufwand geringer. Für die ambulanten Dienste allerdings ist die ordnungsgemäße Dokumentation unmittelbar erlösrelevant, das heißt, über die Dokumentation werden auch die entsprechenden Leistungsnachweise produziert, die zur Abrechnung mit den Pflege- bzw. Krankenkassen dienen.

3.4 Aspekte der Implementation neuer Technologien

Welche Rolle spielt der Einführungsprozess für die erfolgreiche Nutzung digitaler Technologien? Die Vorgehensweisen bei der Einführung der EDV-gestützten Systeme zur Dokumentation und Prozessplanung variieren erheblich nach den jeweiligen Rahmenbedingungen in den Einrichtungen und bei den Trägern. Bereits vor der Anschaffung und Einführung der Hard- und Software stellt sich die Frage, mit welcher Zielorientierung und Strategie Einrichtungen oder Träger den Technikeinsatz angehen: Existiert beim Träger, bei den Leitungskräften und den professionell Pflegenden ein gemeinsames Verständnis zur Nutzung von Technik in der Pflege und zu den Zielen des Technikeinsatzes? Wird die einzelne Anwendung als ein Baustein eines umfassenderen Technologie-Konzeptes verstanden? Inwieweit ist der Einsatz technischer Lösungen Bestandteil der ‚Philosophie‘ bzw. der Organisationskultur in der Einrichtung? Welche Ressourcen und Maßnahmen werden mobilisiert, um die Pflegekräfte zu souveränen Nutzerinnen und Nutzern der Technik zu machen? Obwohl die Klärung dieser Fragen zur Orientierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie zur Akzeptanz des Technikeinsatzes beiträgt, wird die Behandlung dieser Fragen in der Praxis sehr unterschiedlich angegangen (vgl. auch den Beitrag von Bleses et al. in diesem Band, Kap. 2). Häufig investieren große Träger gleich für eine größere Anzahl an Einrichtungen und Diensten in die Anschaffung ein- und desselben Dokumentationssystems und verbinden dies mit einer systematischen Umsetzungsplanung für die einzelnen Standorte (Hielscher et al. 2015). Eine straffe Planung ist jedoch nicht gleichbedeutend mit einer umfassenden und reflektierten Strategie, die die oben angesprochenen Fragen tatsächlich aufgreift. Eine solche Strategie zu entwickeln und die Pflegenden dafür zu überzeugen, bleibt eine Anforderung an die Führungskräfte bei Einrichtungen und Trägern.

Aus Sicht der Pflegekräfte sind bei der Einführung vor allem zwei Faktoren für eine spätere kompetente Techniknutzung entscheidend: Zum einen ist dies die Frage nach der Beteiligung: Inwiefern sind die Pflegekräfte als „Experten ihrer Arbeitspraxis“ an der Auswahl und den Spezifizierungen des Systems beteiligt, welche Rolle spielen Erprobungsphasen und damit verbundene Rückkoppelungsprozesse und inwieweit werden die Beschäftigten in die Lage versetzt, das System zu modifizieren oder für ihre Arbeitsprozesse zu adaptieren? Zum anderen ist von Bedeutung, mit welcher Systematik und mit welchem Aufwand die Pflegekräfte darin unterstützt werden, eine kompetente Handhabung der Technik zu erlernen. Es geht also um die Personal- und Zeitressourcen für Schulung, Begleitung und Coaching-Prozesse bei der Einführung der IT-Technik. Beide Aspekte werden im Folgenden näher betrachtet.

Beteiligung: Top-Down- vs. Bottom-Up-Einführung

An der Auswahl des technischen Systems können Akteure auf verschiedenen Funktionsebenen beteiligt sein. Einerseits kann die Entscheidung für ein Produkt allein durch den Träger, gegebenenfalls also außerhalb der Einrichtung, getroffen werden, andererseits können die Einrichtungsleitungen als Entscheider*innen auftreten (oder sie werden an der Auswahl durch den Träger beteiligt) oder es erfolgt auch eine Beteiligung der Pflegekräfte an der Auswahl des Systems, mit dem sie künftig arbeiten sollen. Empirisch sind alle drei Varianten der Entscheidungsfindung vorzufinden (ebenda).

Größere Träger haben meist eine Investitionsentscheidung zum Dokumentationssystem für eine Vielzahl von Einrichtungen zu treffen. Diese Tatsache engt die Spielräume für eine Partizipation der Akteure in den einzelnen Einrichtungen an der Frage der Produkt-

entscheidung ein. Es konnte beobachtet werden, dass in der Regel die jeweiligen Einrichtungen über Arbeitsgruppen der Leitungskräfte in den Implementationsplan eingebunden sind, um die entsprechenden Vorläufe vor Ort organisieren zu können; seltener waren sie jedoch an der Auswahlentscheidung des Systems beteiligt. Bei kleinen Trägern von Pflegeheimen oder ambulanten Diensten wird die Entscheidung für das Produkt sehr viel stärker innerhalb des jeweiligen Betriebes getroffen. Die Führungskräfte gehen hierbei offenbar sehr unterschiedlich vor: Häufig wird die Entscheidung, ob und welche IT-Technik eingesetzt und für welche Anwendungen sie genutzt wird, ausschließlich auf der Leitungsebene (Einrichtungsleitung und ggf. Pflegedienstleitung) getroffen. Es gibt aber auch Varianten, in denen das Pflegeteam aktiv an der Produktauswahl beteiligt wird, zum Beispiel, indem das geplante System (oder gar alternative Produkte) den Pflegekräften vorgeführt und ihr Einverständnis für die Produktentscheidung eingeholt wird. Wichtige Aspekte sind dabei Fragen der Hardware-Gestaltung, etwa ob ein mobiles Gerät wie Tablet oder Smartphone genutzt werden soll oder – im stationären Setting – Terminals in den Wohnbereichen. Daneben sind die Praktikabilität und Handhabbarkeit der Software⁴ von herausragender Bedeutung. Nur selten jedoch wird gemeinsam mit den professionell Pflegenden vor der Einführung geklärt, an welchen Punkten der alltäglichen Pflegearbeit der größte technische Unterstützungsbedarf besteht und welchen Funktionalitäten eines Systems aus Sicht der Pflegekräfte die größte Priorität beigemessen werden sollte (vgl. den Beitrag von Breuer et al. in diesem Band, Kap. 5).

Häufig gilt die Entscheidung über solche Investitionen in vielen Organisationen noch immer als ‚Chefsache‘. Wird der Technikeinsatz jedoch auch als betriebliches Veränderungsprojekt begriffen, so darf die Rolle einer sehr frühen Beteiligung nicht unterschätzt werden: Sie erhöht nicht nur die generelle Akzeptanz der Technik und die Bereitschaft sie zu nutzen, sondern sie kann auch dazu beitragen, eine größere Anschlussfähigkeit der Technologie an die Arbeitsprozesse und die Alltagsprobleme der professionellen Pflege herzustellen.

Schulung, Kompetenzaufbau, Coaching: eine Achillesferse der Technikeinführung

Die Einführung digitalisierter Dokumentationssysteme stellt die Pflegekräfte vor neue Herausforderungen: Zum einen werden die zu dokumentierenden Daten und Informationen (je nach System) in der Regel in anders gestalteten Formularen oder Eingabemasken erfasst, als dies in der bisherigen papierenen Form der Fall war. Weitere Änderungen in der Datenerfassung ergeben sich, wenn neue konzeptionelle Grundlagen Software-Anpassungen erfordern (zum Beispiel im Zuge des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs oder des Strukturmodells zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation). Freifelder zur Texteingabe werden unter Umständen durch anzuwählende Textbausteine unterstützt. Insofern müssen neue Eingabemodalitäten erlernt und trainiert werden. Zum anderen verfügen manche Pflegekräfte nur über wenige Erfahrungen im Umgang mit der Informations- und Kommunikationstechnologie. Sie müssen den Gebrauch von Computern bzw. mobilen Endgeräten unter Umständen erst erlernen, etwa die Bewegungen durch die Benutzeroberfläche des Systems oder den sicheren Gebrauch von Tastaturen, Computermaus oder Touchscreens. Hier variieren die individuellen Voraussetzungen und Vorerfahrungen vor

⁴ Hinsichtlich der Funktionalität und Bedienungsfreundlichkeit der Hard- und Softwareelemente waren noch vor wenigen Jahren angesichts der Vielzahl von Anbietern und Systemvarianten erhebliche Varianzen zu beobachten (Sowinski et al. 2013). Zur Marktsituation im Jahr 2020 liegen keine aktuellen Informationen vor. Es könnte allerdings vermutet werden, dass es seither in Punkto ‚Usability‘ in der jüngeren Zeit Verbesserungs- und Angleichungsprozesse gegeben hat.

allem danach, inwiefern Computer oder Smartphone bereits im Alltag genutzt werden. Beide Aspekte sind eine Herausforderung für innerbetriebliche Schulungen, Anleitung und Coaching.

In der Praxis variiert das Spektrum der betrieblichen Anleitungs- und Qualifizierungsmaßnahmen für die Nutzung der IT-gestützten Dokumentationssysteme erheblich. Es reicht von knappen Kurzeinweisungen durch eine Leitungskraft bis hin zu mehrtägigen Schulungen und den Einsatz speziell qualifizierter Dokumentationsassistent*innen, die das Personal in der Handhabung der EDV unterstützen (Hielscher et al. 2015). Manche Einrichtungen, die von einer erfolgreichen Umstellung berichteten, hatten bereits Monate vor Einführung des EDV-Systems einen Einführungskurs zur PC-Nutzung angeboten, um Grundkenntnisse in der Handhabung des Computers zu vermitteln. In sehr unterschiedlichem Maße wurden vor der Inbetriebnahme des neuen Dokumentationssystems zeitliche Ressourcen für die Übertragung der Pflegeprozessplanung in das IT-System sowie für die Schulung der Pflegefach- und Pflegehilfskräfte eingeplant. In Einzelfällen wurde eine besonders geschulte Kraft als Mentor für die Einführungsphase des EDV-Systems abgestellt, die die Pflegekräfte arbeitsprozessnah bei der Handhabung des Systems unterstützt (ebenda). Ebenso fanden sich Beispiele, in denen über die Maßnahmen in der Einführungsphase hinausgehend für die Pflegekräfte feste Zeitressourcen für die Überprüfung und Aktualisierung der Dokumentation sowie für die Evaluation der Pflegeplanung zur Verfügung gestellt wurden. Insofern wird deutlich, dass über die Anschaffungskosten der Hard- und Software hinaus erhebliche Ressourcen in die Schulung und die Begleitung des Personals fließen. Diese Ressourcen sind häufig in vielen kleineren Betrieben nicht in gleichem Umfang verfügbar wie bei großen Trägern. Insofern ist mit Blick auf Digitalisierungsstrategien ein besonderes Augenmerk auf Asymmetrien im Ressourceneinsatz für die Schulung und Begleitung der Pflegekräfte in der Handhabung der IT-gestützten Dokumentationssysteme zu legen. Aus Sicht der Pflegekräfte ist es für den Gewinn von Handlungssicherheit und kompetenter Handhabung der IT von besonderer Bedeutung, auch über einen längeren Prozess im Arbeitsalltag nicht mit Anwender*innenproblemen ‚allein gelassen‘ zu werden.

3.5 Technikeinsatz und Pflegeinteraktion: Mit Smartphone und Tablet ans Pflegebett

Die pflegerische Versorgung von Menschen ist eine besondere Tätigkeit, die sich von der Arbeit vieler anderer Berufsgruppen unterscheidet. Sie ist in ihrem wesentlichen Kern Interaktionsarbeit (Böhle/Glaser 2006; Böhle et al. 2015). Im Unterschied zur Arbeit an Objekten kommt bei dieser Form der Arbeit der Interaktion zwischen zwei Akteuren – also Pflegekraft und zu Pflegenden – eine zentrale Rolle zu. Alle personenbezogenen Dienstleistungen sind durch Interaktionsarbeit geprägt. Für den Technikeinsatz in der Pflege, und dies gilt nicht nur für digitale Technologie, ist von entscheidender Bedeutung, wie die Technik in die Pflegeinteraktion eingreift, bzw. inwieweit es den Pflegekräften gelingt, sie sinnvoll in diese Interaktion zu integrieren (Hielscher et al. 2016). Aus der Arbeitspraxis heraus berichten Pflegekräfte, dass durch die Digitalisierung der Pflegedokumentation die Pflegeinteraktion auf zwei Ebenen beeinflusst wird:

Zum einen rückt mit der Nutzung mobiler Eingabegeräte die Dokumentation von der technischen Seite näher an ‚das Bett‘ heran. Die zu dokumentierenden Daten werden während oder unmittelbar nach der Pflegehandlung im Zimmer des Pflegebedürftigen am mobilen Endgerät eingegeben bzw. in der entsprechenden Menüführung des Programms ‚abge-

drückt'. In der Folge wird die Nutzung von Geräten, wie z. B. Smartphones oder Tablets zur mobilen Datenerfassung, den Klient*innen gegenüber zum Teil erläuterungsbedürftig. Mitunter empfinden professionell Pflegenden die Situation der Dateneingabe am Bett als schambesetzte Situation oder als Unhöflichkeit: „Du stehst beim Patienten wie so ein 15jähriger [...] Das sieht blöd aus“ (Pflegekraft). Hier klaffen für manche Pflegekräfte berufliches Rollenverständnis und das situative Setting, in dem mobile Endgeräte genutzt werden müssen, auseinander. Ältere Klient*innen assoziieren nicht selten das Smartphone als ein Artefakt, das privat, in der Freizeit und vor allem von Jugendlichen genutzt wird. In solchen Situationen muss der Gebrauch des Gerätes durch die Pflegekräfte erläutert und begründet werden – was für sie eine neue und ggf. zusätzliche Anforderung in der Pflegeinteraktion darstellen kann (Hielscher et al. 2016).

Zum anderen hat die EDV-gestützte Dokumentation auch eine die Pflegearbeit steuernde Funktion. So werden die aus der Pflegeplanung für jeden Klienten durchzuführenden Pflegemaßnahmen über die Software aufgerufen. Aus Sicht von Praktiker*innen ist dies ein qualitätssichernder Faktor für die Arbeit der Pflegehilfskräfte. Pflegefachkräfte hingegen pochen mitunter auf ihre professionelle Fachlichkeit, die sie nicht auf das Abarbeiten von Maßnahmen reduziert wissen wollen, die über das EDV-System vorgegeben werden (Hielscher et al. 2015). Die Dokumentationstechnologie greift dann unmittelbar in die Pflegeinteraktion ein, wenn sie in ihrer steuernden Funktion auch als zeitlicher Taktgeber für die Durchführung der Pflegehandlungen fungiert. So existieren Systeme, welche über ein akustisches Erinnerungssignal des Smartphones für alle Beteiligten gut hörbar anzeigen, dass die Grenze einer bestimmten Zeitvorgabe für die jeweilige Pflegeleistung erreicht wird. Das Signal ruft die zeitliche Kalkulation der Maßnahmenplanung und das Verhältnis von zeitlichem SOLL und IST für die Pflegekräfte wie für die Pflegebedürftigen in Erinnerung. Über diese Funktion wird die ‚Innenseite‘ der Organisation des Pflegedienstleisters, nämlich die betriebswirtschaftlich geleitete zeitliche Planung der Leistungsprozesse, nach außen gekehrt und gerät so zum Gegenstand der Pflegeinteraktion. An diesem Beispiel zeigt sich, wie die Digitalisierung von Prozessen und Planungsstandards direkt in ‚analoge‘, von situativen Unbestimmtheiten geprägte Arbeitsprozesse interveniert. Die Pflegebedürftigen als Dienstleistungsnehmer*innen werden durch die technische Signalgebung an die Begrenztheit der Ressourcen erinnert, die ihnen bei jedem Pflegeeinsatz zur Verfügung stehen. Die Pflegekräfte müssen individuell entscheiden, ob und wie sie auf das akustische Signal reagieren. Sie stehen vor der paradoxen Aufgabe, gegebenenfalls die über das Signal vermittelten zeitlichen Informationen („Zeit ist abgelaufen“) zu erläutern und gleichzeitig bei ihren Klient*innen um das Vertrauen werben, dass die pflegerische Versorgung dennoch bedarfs- und qualitätsgerecht ausgeführt wird (ebenda).

Ein forcierter Technikeinsatz in der Pflege stellt die professionell Pflegenden vor eine neue Anforderung: die Vermittlung eben dieser Techniknutzung im Rahmen der pflegerischen Interaktion. Erst diese Vermittlungsleistung schafft die Voraussetzung dafür, dass Technikanwendung und Dienstleistungsinteraktion zeitlich und räumlich komplementär ineinander laufen können. Sie sorgt für eine Mindestakzeptanz der Technik bei den Pflegebedürftigen und ihren Angehörigen, auf die erst eine erfolgreiche und aufwandsarme Handhabung der Technik aufsetzen kann (Hielscher et al. 2016).

Diese Vermittlungsleistung hängt eng mit der Art und Weise zusammen, wie die Pflegekräfte die Techniknutzung in die Pflegeinteraktion integrieren. Idealtypisch und auf der

Basis empirisch begründeter Spekulation lassen sich drei Varianten von Integrationsmodellen unterscheiden:⁵

- *Proaktive Integration*: Die technischen Gerätschaften werden in die Pflegeinteraktion hineingenommen und dort auch genutzt. Etwaige Handlungsunsicherheiten werden prospektiv dadurch bearbeitet, dass Klient*innen sowie Angehörige proaktiv in die Techniknutzung einbezogen und aufgeklärt werden, z. B. indem die Datenerfassung am Gerät gezeigt und erläutert wird. Eventuelle Irritationen der Klient*innen werden offensiv angesprochen. Professionell Pflegende verstehen sich als Mitgestalter der Technologie, das heißt, in der Praxis auftauchende Probleme in der Handhabung der Hard- und Software oder Inkonsistenzen zwischen den Systemvorgaben und der Pflegesituation werden in die Organisation hineingetragen, also mit Vorgesetzten oder im Pflegeteam thematisiert.
- Der Gegenpol dazu könnte als *defensive Teilintegration* beschrieben werden: Die technischen Endgeräte werden aus der Pflegeinteraktion möglichst herausgehalten, weil ihre Nutzung als ‚störend‘ empfunden wird. Insofern werden Handlungsunsicherheiten dadurch bearbeitet, dass Klient*innen die Techniknutzung gar nicht erst zu Gesicht bekommt. Die Endgeräte werden erst im Nachgang zur Pflegehandlung und in Abwesenheit der Klient*innen bedient. Zum Teil bestehen Parallelitäten von analoger und digitaler Dokumentation, etwa wenn handschriftliche Notizen am Bett aufgezeichnet und erst später ins System übertragen werden. Bei Unsicherheiten in der Handhabung der Hard- und Software werden kundigere Kolleg*innen informell für die Dateneingabe hinzugezogen. Probleme mit der Handhabung der Technologie oder Inkonsistenzen der Vorgaben zur Pflegesituation werden individuell ‚umgangen‘ (z. B. durch individuellen zeitlichen Mehreinsatz, der nicht im System erfasst wird), ohne dabei Vorgesetzte oder die betriebliche Organisation einzubinden.
- Zwischen den beiden erstgenannten Polen liegt ein Umgang mit der Technologie, welcher als *instrumenteller Pragmatismus* beschrieben werden kann: Die Datenerfassung erfolgt nach situativen Aspekten so, wie es ‚gerade passt‘. Die Grundhaltung ist dadurch geprägt, dass man sich mit den interaktiven Aspekten der Techniknutzung nicht allzu viel beschäftigen möchte. So werden die mobilen Endgeräte meist als selbstverständlicher Teil der Arbeitshandlung genutzt, ohne aber die Klient*innen aktiv in die Situation einzubinden oder darüber aufzuklären. Der Nutzen der Technik wird durchaus erkannt und es wird versucht, diesen möglichst aufwandsarm zu realisieren. Auf Irritationen seitens der Klient*innen wird dann erläuternd eingegangen, wenn sie tatsächlich eintreten, bzw. explizit artikuliert werden. Gelegentlich werden bei solchen Klient*innen, die sensibel auf die Nutzung von Smartphone oder Tablet reagieren, die Endgeräte aus der Interaktionssituation herausgehalten und erst im Nachgang genutzt. Auch ist der Umgang mit Problemen in der Handhabung davon geprägt, mit der Handhabung individuell ‚zurechtzukommen‘, ohne sich ständig in betriebliche Optimierungsprozesse einbringen zu müssen.

Welcher Modus der Integration von Techniknutzung in die Pflegeinteraktion zum Tragen kommt, hängt zum einen von der bestehenden Grundhaltung der Pflegekräfte zu neuen Technologien sowie von ihren berufsprofessionellen Orientierungen ab. Zum anderen

⁵ Die empirische Qualität dieser Modelle sowie ihre Verbreitung sollte in zukünftigen Studien ermittelt werden. Die weitere qualitative und quantitative Beschreibung kann wichtige Anhaltspunkte für die Anschlussfähigkeit von Technikstrategien an berufsprofessionelle und technikbezogene Grundhaltungen der Pflegekräfte liefern.

werden aber sowohl die Akzeptanz der Techniknutzung wie auch die Technikkompetenz der Pflegekräfte stark durch die Einführungsstrategien der Einrichtungen und Träger geprägt. Ein defensiver Umgang mit der Technologie ist nicht selten auf einen Mangel an Beteiligung, Qualifizierung und Begleitung im Einführungsprozess und auf die Erfahrung zurückzuführen, dass die Techniknutzung der Pflegearbeit mehr oder weniger ‚von außen‘ bzw. ‚von oben‘ übergestülpt wird. Anzunehmen ist, dass skeptische oder abwehrende Haltungen durch eine intensive Begleitung und Schulung in einen pragmatischen Umgang mit der Technologie und in ihre Akzeptanz als modernes Arbeitsmittel überführt werden können. Dem Führungshandeln der Leitungskräfte in den Einrichtungen und Diensten kommt dabei eine besondere Bedeutung zu. Sie können die Akzeptanz und die kompetente Nutzung der Technologie fördern, wenn sie vermitteln, dass die Technik zu einer Entlastung der Pflegekräfte und zu einer Verbesserung und Aufwertung ihrer Arbeitsbedingungen eingesetzt wird. Werden die technischen Potenziale zu einer verschärften Kontrolle der Arbeitsleistungen oder zu einer Verdichtung der Arbeit genutzt, dann dürften Misstrauen und Abwehrhaltungen vorprogrammiert sein (Hielscher et al. 2015; siehe auch Bleses/ Busse in diesem Band, Kap. 4).

3.6 Resümee

In arbeitspolitischer Perspektive ist es ein wichtiger Schritt, die Einführung digitaler Technologien in der Langzeitpflege als umfassenden betrieblichen Veränderungsprozess zu konzeptualisieren und zu betrachten (vgl. auch Bleses et al. in diesem Band, Kap. 2). Die ‚Change‘-Perspektive legt den Fokus auf den Einführungsprozess der Technologie und die damit verbundenen Anforderungen an Beteiligung, Qualifizierung und Kompetenzaufbau der Beschäftigten. Darüber hinaus allerdings trifft die Nutzung digitaler Technologien in der Pflege auf einen Handlungskontext, in dem die Arbeit ‚am Menschen‘ und damit die Interaktion zwischen professionell Pflegendem und Pflegebedürftigen im Mittelpunkt steht. Ein Technikeinsatz, welcher in die Pflegeinteraktion eingreift, stellt an die Pflegekräfte eine neue Anforderung: die Vermittlung eben dieser Techniknutzung im Rahmen der pflegerischen Interaktion. Die Techniknutzung muss gewissermaßen durch die Pflegekräfte interaktiv ‚bewältigt‘ werden.

Vor diesem Hintergrund sind die unterschiedlichen Aneignungsprozesse der Technologie durch die Pflegekräfte zu betrachten. Möglicherweise sind in der Einführungsphase entsprechend zugeschnittene und gestaffelte Angebote an Schulungen und arbeitsprozessbezogener Begleitung sinnvoll. Entscheidend ist, dass die Techniknutzung den Kern pflegerischen Handelns nicht einengt und eine erfahrbare Entlastung im Arbeitsalltag bringt.

Generell ist die Entwicklung im Pflegesektor in den vergangenen Jahren weniger durch die Möglichkeiten des technischen Fortschritts als durch die Engpasssituation am Arbeitsmarkt und durch den Innovationsdruck der Pflegereformen und der Neuordnung der beruflichen Bildung geprägt. Chancenträchtige Strategien, die auf eine stärkere Digitalisierung der Pflege hinarbeiten, müssen einerseits auf diese Entwicklungen Bezug nehmen. Andererseits sollten sie verknüpft sein mit Zukunftskonzepten von ‚guter Pflege‘ und ‚guter Arbeit‘, die gemeinsam mit den professionell Pflegenden entwickelt werden müssen.

Literatur

- Althammer, T., Sehlbach, O. (2012). Mehr schlecht als Recht. Zum aktuellen Stand von Datenschutz und Datensicherheit in der Pflege und im Sozialwesen 2012. Ergebnisse einer Befragung von 295 Führungskräften in stationären Einrichtungen in Deutschland. Burgwedel: Althammer IT-Beratung/olav sehlbach beratung.
- Barnard, A., Cushing, A. (2001). Technological and Historical Inquiry in Nursing. In: Locsin, R. (Hrsg.), *Advancing technology, caring, and nursing* (S. 12-21). Westport: Auburn House.
- Bleses, P., Busse, B. (2020). Digitalisierung der Pflegearbeit in der ambulanten Pflege. Herausforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten guter Arbeitsqualität. Kap. 4 in diesem Band.
- Bleses, P., Busse, B., Friemer, A. (2020). Veränderungsprojekte Digitalisierung der Arbeit in der Langzeitpflege. Anforderungen und Gestaltungsoptionen im Rahmen umfassender Veränderungsprozesse. Kap. 2 in diesem Band.
- Böhle, F., Glaser J. (Hrsg.) (2006). *Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung*. Wiesbaden: Springer VS.
- Böhle, F., Stöger, U., Weihrich, M. (2015). *Interaktionsarbeit gestalten. Vorschläge und Perspektiven für eine humane Dienstleistungsarbeit*. Berlin: edition sigma.
- Breuer, J., Bleses, P., Philippi, L. (2020). Praxisorientierung und Partizipation. Schlüssel für Technikgestaltung in Veränderungsprojekten. Kap. 7 in diesem Band.
- Darmann-Fink, I., Friesacher, H. (2009). Professionalisierung muss am Kern des Pflege-rischen ansetzen! IPP-Info Nr. 7/2009. Institut für Public-Health und Pflegeforschung an der Universität Bremen. Bremen.
- Evans, M., Hielscher, V., Voss, D. (2018). Damit Arbeit 4.0 in der Pflege ankommt. Wie Technik die Pflege stärken kann. Policy-Brief der Hans-Böckler-Stiftung, Nr. 4/März 2018, Düsseldorf.
- Hacker, W. (2009). *Arbeitsgegenstand Mensch: Psychologie dialogisch-interaktiver Erwerbsarbeit: Ein Lehrbuch*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- Hielscher, V., Nock, L., Kirchen-Peters, S. (2015). *Technikeinsatz in der Altenpflege. Potenziale und Probleme in empirischer Perspektive*. Baden-Baden: Nomos-Verlags-gesellschaft.
- Hielscher, V., Nock, L., Kirchen-Peters, S. (2016). Technikvermittlung als Anforderung in der Dienstleistungsinteraktion. Empirische Befunde zum Technikeinsatz in der Altenpflege. *Zeitschrift Arbeit* 2016; 25(1-2), 3-19. DOI 10.1515/arbeit-2016-0022.
- Hielscher, V., Kirchen-Peters, S. (2017). EDV-gestützte Dokumentation – wie wandelt sich die Pflegearbeit? *QM-Praxis in der Pflege*, H. 4-2017, 28-30.
- Huchler, N. (2016). Die ‚Rolle des Menschen‘ in der Industrie 4.0 – Technikzentrierter vs. Humanzentrierter Ansatz. *Arbeits- und industriesoziologische Studien*, Jg. 9, H. 1, 57-79.

- Hülsken-Giesler, M. (2007). Pflege und Technik – Annäherung an ein spannungsreiches Verhältnis. Zum gegenwärtigen Stand der internationalen Diskussion. Teil 1. Pflege 20, 2, 103-112, Teil 2. Pflege 20, 3, 164-169.
- IGES (2019). Studie zur begleitenden Evaluation der Maßnahmen und Ergebnisse der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs: Entwicklungen in den vertraglichen Grundlagen, in der Pflegeplanung, den pflegefachlichen Konzeptionen und in der konkreten Versorgungssituation in der ambulanten und stationären Pflege (Los 1). Berlin. Version vom 18. Oktober 2019. Berlin, Bundesministerium für Gesundheit.
- Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) (2005). Grundsatzstellungnahme: Pflegeprozess und Dokumentation. Handlungsempfehlungen zur Professionalisierung und Qualitätssicherung in der Pflege. Essen.
- Rinard, R. G. (2001). Technology, Deskillling, and Nurses: The Impact of the Technologically Changing Environment. In: Locsin, R. (Hrsg.), Advancing technology, caring, and nursing (S. 68-75). Westport: Auburn House.
- Sowinski, C., Kirchen-Peters, S., Hielscher, V. (2013). Praxiserfahrungen zum Technikeinsatz in der Altenpflege. Köln/Saarbrücken <https://www.boeckler.de/11145.htm?projekt=S-2012-608-4#> (Zugriff am 04.01.2020).
- Zöllick, J. C., Kuhlmei, A., Suhr, R., Eggert, S., Nordheim, J., Blüher, S. (2019). Akzeptanz von Technikeinsatz in der Pflege. Zwischenergebnisse einer Befragung unter professionell Pflegenden. In: Jacobs K., Kuhlmei A., Greß S., Klauber J., Schwinger, A. (Hrsg.), Pflege-Report 2019 (S. 211-218). Berlin/Heidelberg: Springer.

Teil II

Digitalisierung in der Praxis: Arbeitsorganisation, Arbeitsqualität und Pflegequalität

4 Digitalisierung der Pflegearbeit in der ambulanten Pflege

Herausforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten guter Arbeitsqualität⁶

Peter Bleses, Britta Busse

Zusammenfassung

Die ambulante Pflege leidet wie alle anderen Pflegesektoren auch unter Personalmangel und daraus folgender Arbeitsverdichtung. Eine wichtige Strategie, um die Aufgaben in der ambulanten Pflege auch weiterhin bewältigen zu können, bildet der voranschreitende Einsatz digital gestützter Verwaltungs- und zunehmend auch Pflegeabläufe. Im Mittelpunkt steht dabei derzeit die Einführung von mobilen Geräten (Smartphones und Tablets) für Pflegekräfte auf den Touren, die mittels Branchensoftware mit der Pflegezentrale vernetzt sind. Das steigert zwar die organisatorische Effizienz insbesondere der Tourenplanung und Leistungsabrechnung. Aber das bedeutet noch nicht, dass Pflegekräfte die Digitalisierung ihrer Arbeit am und mit Menschen begrüßen. Der Beitrag verfolgt die These, dass eine Akzeptanz dieses digitalen Veränderungsprojekts seitens der Pflegekräfte nur dann zu erreichen sein wird, wenn der Einsatz digitaler Technik auch zur dringend nötigen Verbesserung der Arbeitsqualität in der Pflege beiträgt. Gezeigt wird, welche Ideen Pflegekräfte dafür entwickeln, wo und wie diese umgesetzt und organisatorisch gerahmt werden können.

4.1 Einleitung

Wie die meisten anderen Pflegesektoren steht auch die ambulante Pflege unter Dauerstress. Die Pflegeorganisationen können nicht ausreichend Fachpersonal gewinnen, um die gestiegene Nachfrage nach Pflegeleistungen befriedigen zu können. Die Pflegekräfte selbst leiden unter einer starken Arbeitsverdichtung, die zunehmend stressbedingte Erkrankungsfolgen nach sich zieht, die wiederum zu unsicheren Dienstplänen (Wann habe ich ‚richtig frei‘?) aufgrund häufiger Ausfälle von Kolleg*innen führen. Eine ‚Abwärts-spirale‘ ist die Folge, aus der sich Pflegeorganisationen und Pflegekräfte kaum befreien können. Hier findet sich auch das Hauptmotiv der Digitalisierung der Arbeit in der ambulanten Pflege: In erster Linie sollen digitale Hilfsmittel Abläufe einfacher und schneller machen, um Zeit einzusparen, und die Organisation flexibler, um etwa besser auf Ausfälle reagieren zu können.

Der Einsatz digitaler Technik (z. B. vernetzte PC mit angepassten Branchensoftware-Lösungen) kann in der Tat zu Effizienzsteigerungen in ambulanten Pflegediensten beitragen

⁶ Dieser Beitrag beruht auf den Ergebnissen des vom BMBF und ESF geförderten Verbundprojekts KoLEGE („Interagieren, Koordinieren und Lernen – Chancen und Herausforderungen der Digitalisierung in der ambulanten Pflege“, gefördert vom 1. September 2016 – 31. Dezember 2019, FKZ: 02L15A010-02L15A014).

und im Vergleich zu analogen Planungsprozessen und Abläufen eine enorme Effektivierung der Touren- und Dienstplanung sowie in der Leistungsabrechnung bewirken. Ohne digitale Unterstützung wäre der gegenwärtige Aufwand der ambulanten Pflegeorganisation heute wohl nicht mehr zu bewältigen. Dieses Veränderungsprojekt *Digitalisierung der Pflegezentralen* in der ambulanten Pflege kann als weitgehend umgesetzt betrachtet werden. Es beschränkt sich ganz überwiegend auf die Pflegeverwaltungen, in denen Führungs- oder Verwaltungskräfte arbeiten, für die digitale Arbeitsmittel meist keine besondere Herausforderung mehr darstellen. Die Pflegekräfte haben von digital gestützten Planungsprozessen vielleicht auch punktuell profitiert (z. B. Zusendung des Dienstplans per E-Mail), aber sie wurden in ihrer eigentlichen Pflegearbeit davon kaum berührt. Allenfalls die Pflegefachkräfte kamen mit dem PC in der Pflegezentrale in Kontakt, wenn zusätzlich zur handschriftlichen Dokumentation, die vor Ort bei den Patient*innen verbleibt, auch eine digitale Fassung in der Pflegezentrale angefertigt wurde.

Das ändert sich mit der zunehmenden Digitalisierung der Arbeit von Pflegekräften durch MDA (Mobile Digital Assistant). Spätestens jetzt, wo Pflegekräfte in den Fokus des Veränderungsprojekts *Digitalisierung der Pflegearbeit* rücken, kann Effizienz nicht mehr das einzige Ziel der Nutzung digitaler Arbeitsmittel sein. Denn die Arbeit in der Langzeitpflege als *Interaktionsarbeit* (Wehrich et al. 2015) hat arbeitskulturell nicht die Effizienz von Abläufen zum ersten Ziel, sondern die zeitintensive und qualitativ möglichst hochwertige persönliche Betreuung der Pflegebedürftigen. Digitalisierungsmaßnahmen sollten – um Akzeptanz bei Pflegekräften zu erzeugen – zumindest auch in dieser Beziehung etwas beitragen können, also vielleicht zeitliche Freiräume für persönliche Zuwendung ermöglichen und der Pflegequalität förderlich sein. Und sie sollten sich mit der Pflegearbeit ‚vertragen‘, also möglichst gut integrierbar sein, ohne den pflegerischen Kern der Interaktionsbeziehung in den Augen der Pflegekräfte zu stark einzuschränken.

Angesichts der derzeitig ausgesprochen belastenden und sich perspektivisch eher noch zuspitzenden Arbeitssituationen der Pflegekräfte, reichen aber auch organisatorische Effizienzvorteile und punktuelle Verbesserungen der Pflegequalität mutmaßlich kaum aus, um die Pflegekräfte für die Digitalisierung ihrer Arbeit zu gewinnen. Es fehlen Perspektiven zur nachhaltigen Verbesserung ihrer Arbeitsqualität sowie die gleichberechtigte Berücksichtigung von Aspekten der Arbeitsqualität neben denen der Effizienz und der Pflegequalität (siehe dazu den Beitrag von Bleses et al. in diesem Band, Kap. 1).

Das vom BMBF und ESF geförderte Forschungs- und Entwicklungsprojekt KOLIGE hat sich daher ganz wesentlich mit der Frage beschäftigt, wie eine gute Arbeitsqualität im Rahmen des Veränderungsprojekts *Digitalisierung der Arbeit in der ambulanten Pflege* am Beispiel der Einführung von MDA berücksichtigt werden kann. Wir werden der Frage in diesem Beitrag aus arbeits- und organisationswissenschaftlicher Perspektive nachgehen (vgl. zum Projekt KOLIGE das Vorwort dieses Bandes). Gestützt auf die Projektergebnisse, fragen wir genauer: Was bedeutet eigentlich Arbeitsqualität für Pflegekräfte und wie lässt sich diese im Konzert mit den Zielen organisatorischer Effizienz und hoher Pflegequalität mittels digitaler Unterstützung der Pflegearbeit möglichst verbessern? Wir konzentrieren uns auf einen für die Arbeitsqualität zentralen Aspekt der *Arbeit und Arbeitsorganisation* in der ambulanten Pflege: die *Kommunikations- und Informationsstrukturen*. In weiteren Beiträgen in diesem Band werden andere zentrale Aspekte der Arbeitsqualität thematisiert, die im Verbundprojekt KOLIGE analysiert worden sind: die Förderung der *Kompetenzen* für digital gestützte Arbeit (siehe Friemer in diesem Band, Kap. 9), die Organisation eines diversitätsorientierten digital gestützten betrieblichen *Lernmanagements* (siehe Kludig/Friemer in diesem Band, Kap. 8) sowie die nutzerorientierte

Technikentwicklung am Beispiel der sogenannten KOLeGE-App (Breuer et al. in diesem Band, Kap. 7).

Wir gehen wie folgt vor: Zunächst schildern wir unseren konzeptionellen Ansatz und die forschungsmethodische Vorgehensweise im Projekts KOLeGE (4.2). Im Anschluss daran erläutern wir unser Verständnis des Begriffs Arbeitsqualität, zeigen welche Kennzeichen die Arbeit in der ambulanten Pflege ausmachen, wie diese berufskulturell eingebunden sind und vor allem, wie Pflegekräfte ihre Arbeitsqualität einschätzen (4.3). Anschließend beschreiben wir, welche Ideen Pflegekräfte für die Verbesserung ihrer Arbeitsqualität durch den Einsatz von MDA erarbeitet haben und wie diese als Lösungen in ambulanten Pflegeorganisationen umgesetzt werden können (4.4). Wir schließen den Beitrag mit einem Fazit einschließlich eines Blicks auf die möglichen Stolpersteine der Digitalisierung in der ambulanten Pflege ab (4.5).

4.2 Das arbeitswissenschaftliche Vorgehen im Projekt KOLeGE

Praxisorientierte Handlungsforschung

Das Forschungs- und Entwicklungsprojekt KOLeGE setzte auf die Entwicklung von Lösungsansätzen im Dialog mit der Praxis (Behrens/Bleses 2013). Der verwendete methodische Ansatz der praxisorientierten Handlungsforschung geht auf die skandinavische Arbeitsforschung zurück (Gustavsen 1994; Fricke 2012) und wurde im sogenannten *Bremer Ansatz* weiterentwickelt (Senghaas-Knobloch et al. 1997; Becke/Senghaas-Knobloch 2011).⁷ Zum einen wird ein Dialog zwischen verschiedenen Interessengruppen innerhalb eines Unternehmens (z. B. Geschäftsführung, Pflegedienstleitung, Verwaltungskräfte, Pflegekräfte) hergestellt, in dem über Sichtweisen, Ziele, Bedarfe und Ressourcenlagen ein konsensorientierter Austausch entsteht. Zum anderen erfolgt auch ein direkter Austausch zwischen Wissenschaft (Arbeitsforschung) und den im Projekt beteiligten Praxisbetrieben (hier: Pflegeorganisationen) sowie Entwicklungspartnern (hier Technik, Lernkonzepte).

Für die Analyse der Rahmenbedingungen und Veränderungsbedarfe wurden verschiedene, vorwiegend qualitative Instrumente eingesetzt. Neben Tourenbegleitungen und Experteninterviews mit Vertreter*innen der Praxis und übergeordneter Akteure (z. B. Verbands- oder Interessenvertreter*innen) sind für diesen Beitrag vor allem die regelmäßig stattfindenden Steuerungskreise, Analyse-, Entwicklungs- und Evaluations-Workshops zentral. Von Beginn an wurden in allen Projektschritten auch die Expertisen aller Projektpartner miteinander verbunden, d. h. neben unserer arbeitsforschungsorientierten Perspektive des Institut Arbeit und Wirtschaft der Universität Bremen, die Technikperspektive der Qualitus GmbH, die lernkonzeptionelle Perspektive der Wirtschafts- und Sozialakademie Bremen gGmbH sowie vor allem auch die Praxisperspektiven der Bremer Pflegedienst GmbH und der Johanniter-Unfall-Hilfe e.V.

Methodische Grundsätze technisch induzierter Veränderungsprojekte

In der Zusammenarbeit wurden von allen Beteiligten einige methodische Grundsätze beachtet:

- *Iteratives Vorgehen:* Bei der Erarbeitung von Lösungen wurde jede Problemstellung zunächst in Hinblick auf Rahmenbedingungen, Chancen und Herausforderungen

⁷ Zum Ansatz siehe ausführlicher Bleses et al. 2018.

analysiert. Anschließend wurden gemeinsam Lösungen entwickelt und dann erprobt. Evaluationen gaben Auskunft über die Praktikabilität der Ansätze. Stellte sich ein Lösungsansatz als wenig praktikabel heraus, wurde dieser überarbeitet und erneut erprobt.

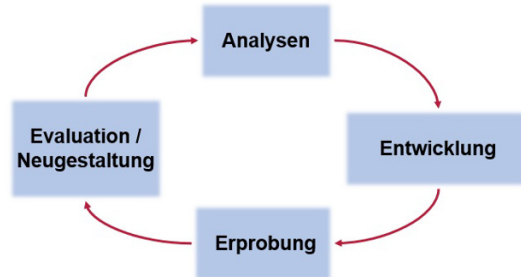


Abb. 4.1: Methodenkreislauf im Projekt KOLeGE

- *Beteiligungsorientierung*: Inwieweit technisch induzierte Veränderungen von Arbeitsprozessen sinnvoll und umsetzbar sind, können am besten die jeweiligen Beteiligten beurteilen. Das betrifft einerseits die Führungsebene, die mit einer gewissen Distanz zur Praxis agiert, die jedoch einen betrieblichen und rechtlichen Gesamtüberblick hat. Andererseits sind ebenso Verwaltungs- und Pflegekräfte in Gestaltungsprozesse einzubeziehen, die ihre unmittelbaren Arbeitshandlungen betreffen. Nur sie können beurteilen, inwieweit sich der Einsatz digitaler Technik in ihren Arbeitsalltag integrieren lässt. Ein möglichst früher Einbezug ihrer Expertise in Gestaltungsprozesse drückt Anerkennung aus und fördert somit auch deren Akzeptanz in Bezug auf die Umgestaltungen. Die Beteiligung der Beschäftigten erleichtert zudem, die Sinnhaftigkeit in der Umstellung von Prozessen zu erkennen und sich selbst in neue Rollen einzufinden.⁸
- *Praxisorientierung*: Technik sollte nicht um der Technik Willen eingesetzt werden, sondern sich auf die Praxisbedarfe beziehen, also die der Arbeit in der Pflege dienlichen, unterstützenden Funktionen. Wo digitale Mittel helfen können oder vielleicht unerwünschte Folgewirkungen zeitigen könnten, kann letztlich nur die Praxis selbst beurteilen. Die wissenschaftliche Aufgabe besteht insbesondere darin, Anregungen von außen und der Praxis Reflexionsräume und -hilfestellungen (z. B. Systematisierung) zu geben.
- *Nutzenorientierung*: Bei Entscheidungen, die die Einsatzmöglichkeiten digitaler Mittel betreffen, sollte darauf abgezielt werden, daraus einen Nutzen für das Unternehmen bzw. seine Beschäftigten zu ziehen (z. B. Zeitersparnisse für organisatorische Aufgaben, Verbesserungen von Arbeits- oder Pflegequalität – am besten alles zugleich).
- *Nutzer*innenorientierung*: Die beste Technik nützt nichts, wenn sie nicht adäquat bedient werden kann. In der ambulanten Pflege mit ihrer heterogenen Beschäftigtenstruktur stellt das besondere Anforderungen an die Gestaltung der Technik. So müssen Pflegekräfte mit unterschiedlichen Voraussetzungen (Alter, Sprache, Fachlichkeit, Technikerfahrung) mit *derselben* Software gut arbeiten können. Dies bedeutet beispielsweise, dass eine möglichst barrierearme Software genutzt (vgl. Breuer et al.

⁸ Zum Stellenwert von Beteiligungsprozessen in Veränderungsprojekten der Arbeit siehe Bleses et al. 2020.

in diesem Band, Kap. 7) sowie Kompetenzentwicklung unterstützt werden sollte (vgl. Friemer in diesem Band, Kap. 9).

- *Ressourcenorientierung*: Von Beginn an ist – um Überforderungen zu vermeiden – auf die Kapazitäten des Unternehmens und der Beschäftigten zu achten. Dies bezieht sich sowohl auf die finanzielle Ausstattung des Unternehmens als auch auf die zeitlichen Ressourcen von Mitarbeiter*innen, die sich in die Nutzung neuer Arbeitsmittel einarbeiten perspektivisch ihre Digitalkompetenzen fortlaufend weiterentwickeln müssen.

4.3 Arbeitsqualität und Kennzeichen der Arbeit in der ambulanten Pflege

4.3.1 Was heißt Arbeitsqualität?

Unser Verständnis des Begriffs Arbeitsqualität⁹ bezieht sich vor allem auf die Perspektiven des Subjekts auf den eigenen Arbeitsalltag. Zwar lassen sich einige Kriterien der Arbeitsqualität objektiv fassen (z. B. Einkommenshöhe, Dauer der Arbeitszeit, Pausenregelungen, Lärmbelastung usw.), dennoch gewinnen erstens auch scheinbar ‚objektive‘ Kriterien vielfach erst durch die individuelle Zuschreibung Bedeutung. Zweitens lassen sich subjektive Qualitätsbewertungen des eigenen Arbeitsalltags bzw. der eigenen Arbeitssituation im Rahmen eines organisationalen Zusammenhangs kaum zuverlässig und umfassend mit objektiven Kriterien erfassen oder beschreiben.¹⁰

Unsere Definition der Arbeitsqualität bezieht sich auf das Erleben des Maßes an ‚Kohärenz‘ im Arbeitsalltag, das für die Gesunderhaltung und Entwicklungsfähigkeit des Menschen nach Antonovsky (1997) von ausschlaggebender Bedeutung ist:

- *Sinnhaftigkeit* der eigenen Arbeit oder einzelner Arbeitsanteile,
- *Handhabbarkeit* der eigenen Arbeit (z. B. durch aufgabenadäquate Qualifikation) und
- *Verstehbarkeit* der eigenen Arbeit (z. B. durch ausreichende Informationen zur Aufgabenerfüllung, Überschaubarkeit der Aufgabe).

Diese Kriterien werden gesundheitswissenschaftlich als individuelle Ressourcen verstanden. Sie lassen sich in organisationalen Kontexten allerdings kaum allein individuell durch Verhaltensänderungen stärken. Der Schlüssel dazu liegt vielmehr in einer positiven Veränderung der Verhältnisse, also der organisationalen Arbeitsgestaltung, die dazu die individuell bzw. für bestimmte Beschäftigtengruppen bestehenden Herausforderungen der Sinnhaftigkeit, Handhabbarkeit und Verstehbarkeit berücksichtigen muss. Zentrale Ansatzpunkte liegen dabei in der Gestaltung

- von Zeitressourcen in der Arbeit als wesentliches Kriterium für Stress(vermeidung),
- des Grades an Selbstbestimmungsmöglichkeiten,
- der faktischen Möglichkeiten, Selbstbestimmungsanforderungen in der Arbeit auch tatsächlich ausfüllen zu können (z. B. durch ausreichend finanzielle, zeitliche, personelle, qualifikatorische Ressourcen),

⁹ Vgl. ausführlicher zum Begriff Arbeitsqualität Becke et al. 2010.

¹⁰ Vgl. zu verschiedenen Messkonzepten der Arbeitsqualität einschließlich des DGB-Index „Gute Arbeit“ Lepperhoff 2011. Zur Entwicklung der wissenschaftlichen Diskussionen und Forschungsförderungspolitiken um die Analyse und Gestaltung „Guter Arbeit“ mit der zunehmenden Bedeutung subjektiver Bewertungen siehe Sauer 2011.

- von Zugehörigkeit zu einer Organisation und einem Team mit demokratischen Mitbestimmungsmöglichkeiten (Anerkennung, Kollegialität, Reziprozität),
- von (finanzieller und immaterieller) Wertschätzung der Arbeitsleistung.

Wir unterscheiden hinsichtlich des Erlebens und Bewertens sowie des Gestaltens der Arbeitsqualität zwei Dimensionen: Die Prozessqualität und die Ergebnisqualität. Unter *Prozessqualität* verstehen wir die Bedingungen, unter denen Arbeit alltäglich zu leisten ist (das sind im engeren Sinn die ‚Verhältnisse‘). Unter *Ergebnisqualität* fassen wir das Erleben der Güte erstellter Produkte oder – im Falle der personenbezogenen Dienstleistungsarbeit angemessener – der erzielten Wirkungen der Arbeit am Menschen und mit Menschen (z. B. das Wohlbefinden, die Selbstbestimmung und die gesundheitliche Entwicklung der Patient*innen). Die Ergebnisqualität ist für Beschäftigte stark von berufskulturellen Qualitätsstandards geprägt (s. u.).

Prozess- und Ergebnisqualität sind zwar analytisch und auch vom subjektiven Erleben her voneinander trennbar (z. B. kann man mit den Prozessbedingungen nicht zufrieden sein, es aber mit hohem Aufwand dennoch geschafft haben, ein gutes Ergebnis zu erzielen), beeinflussen sich aber dennoch wechselseitig. So kann beispielsweise eine große Unzufriedenheit mit den erzielten Ergebnissen der eigenen Arbeit auch die Bewertung des Prozesses der Arbeit beeinflussen (z. B. weil zu wenig Zeit verfügbar war, um bessere Ergebnisse zu erreichen).

4.3.2 Arbeitsqualität und Kennzeichen der Arbeit in der ambulanten Pflege

Für die subjektiven Bewertungsmaßstäbe der Arbeitsqualität spielen die spezifischen Kennzeichen der Arbeit sowie berufskulturelle Prägungen eine große Rolle. Pflegearbeit ist insbesondere in der Langzeitpflege *Interaktionsarbeit*, deren Kennzeichen (Böhle et al. 2015; Becke/Bleses 2016) zugleich besondere Herausforderungen an die Pflegekräfte richten:

- *Kooperationsarbeit*: Die zu pflegende Person ist zugleich Objekt (Arbeitsgegenstand) und Subjekt der Arbeitskooperation, das an der Pflege selbst mitwirken muss. Um überhaupt erfolgreich pflegen zu können, muss die Pflegekraft mit den jeweiligen Pflegebedürftigen eine tragfähige Kooperationsbeziehung herstellen, die auf einer einvernehmlichen Balance von Nähe und Distanz beruht.
- *Emotionsarbeit*: Emotionsarbeit besteht in der situationsangemessenen Anpassung der eigenen, nach außen sichtbaren Gefühle der Pflegekraft (z. B. Unterdrückung von Schamgefühlen oder Ekel) an das von außen (vor allem von den Pflegebedürftigen) erwartete emotionale Verhalten.
- *Gefühlsarbeit*: Die Pflegekräfte müssen die Gefühle bzw. die emotionale Stimmung der zu Pflegenden in Richtung einer positiven Einschätzung der gemeinsamen Interaktion beeinflussen, um Pflege Tätigkeiten kooperativ angemessen umsetzen zu können, also etwa Widerstände zu vermeiden.
- *Subjektivierendes Arbeitshandeln*: In der Pflege ist die Unplanbarkeit der Pflegesituation aufgrund des sich beständig verändernden ‚Arbeitsgegenstandes Mensch‘ sehr ausgeprägt (Stimmungsschwankungen, veränderte Gesundheitszustände usw.). Das subjektivierte Arbeitshandeln ermöglicht Pflegekräften, erfahrungsgeleitet unter Einsatz der menschlichen Sinne situative Besonderheiten wahrzunehmen und das eigene Handeln daran auszurichten.

Die Berufskultur der Pflege als *Ethos fürsorglicher Praxis* (Kumbruck 2008; Senghaas-Knobloch 2008) orientiert die Pflegekräfte in ihrem Arbeitsanspruch und ihrem Erleben von Arbeitsqualität drauf, ‚gute Pflege‘ im Sinne der pflegefachlichen Ansprüche (wie Ganzheitlichkeit der Pflege, Erfüllung von Qualitätsstandards, Zeit für Zuwendung) zu leisten. Pflegekräfte übernehmen für die Pflegebedürftigen ‚anwaltschaftliche‘ Funktionen, indem sie sich auf die Einhaltung der Qualitätsstandards guter Pflege verpflichten und ihre eigene Arbeit sowie die Leistungen des Betreuungssystems daran messen.

Zuallererst bietet die Arbeit am und mit dem Menschen im Verein mit den berufskulturellen Grundlagen große Ressourcen. Vor allem ist es die unmittelbar erfahrbare Sinnhaftigkeit der Pflegearbeit, die Pflegekräfte in ihrem Beruf motiviert und ihn trotz großer Herausforderungen als etwas Schönes erleben lässt (Bleses/Jahns 2016; Becke/Wehl 2016; Fuchs 2011; Bornheim 2008): „Wir machen das, um Menschen zu unterstützen!“ (KOLeGE Workshop I-B). Für die ambulante Pflege gilt außerdem, dass die große Handlungsautonomie, die die Alleinarbeit mit sich bringt, erheblich zur Arbeitszufriedenheit beiträgt – auch wenn Handlungsautonomie zugleich als Selbstverantwortlichkeit beständig eine große Herausforderung ist. Hinzu kommt, dass die ambulanten Pflegekräfte ‚Gast‘ im Zuhause der Patient*innen sind und sich also immer auf neue Settings einzustellen haben (vgl. Bleses/Jahns 2016). Werden diese Herausforderungen erfolgreich bewältigt, tragen sie zu unmittelbaren Selbstwirksamkeitserfahrungen bei.

Handlungsautonomie und Selbstverantwortlichkeit in immer neuen Settings bieten aber auch hohe Risiken für die Arbeitszufriedenheit, insbesondere wenn wiederkehrende Überforderungen eintreten. Das ist immer dann der Fall, wenn die Mittel für ein selbstverantwortliches Handeln fehlen (z. B. aufgabenspezifische Fachlichkeit von Pflegekräften, unvollständige Informationslage, unzureichende zeitliche Ressourcen). Problematisch wird es v. a. dann, wenn die eigenen Ansprüche an die Pflegequalität insbesondere durch Effizienzvorgaben beschränkt werden. Das gilt nach unseren Analysen insbesondere immer dann, wenn Zeitdruck und Arbeitsverdichtung dazu führen, dass die Ansprüche an die Pflegequalität nicht mehr zufriedenstellend umsetzbar sind. Damit entstehen für die Pflegekräfte gesundheitlich und für das Empfinden guter Arbeitsqualität hoch problematische *widersprüchliche Arbeitsanforderungen* (Moldaschl 2007; Latniak/Gerlmaier 2006) zwischen organisational oder überbetrieblich vorgegebenen Qualitätsanforderungen (z. B. Pflegestandards) und eigenen Qualitätsansprüchen einerseits sowie faktischen Ausführungsvorgaben (z. B. Einsatzzeit bei Patient*innen) andererseits, die es verunmöglichen, die Qualität tatsächlich zu erbringen.

Fachkräftemangel und Ausfallzeiten durch Krankheit führen in den meisten Pflegeunternehmen dazu, dass die Versorgung der Patient*innen nur durchgängig gewährleistet ist, wenn Pflegekräfte auch in ihrer Freizeit für ungeplante Diensteseinsätze ‚aus dem Frei‘ geholt werden. Damit verbinden sich zwei Schwierigkeiten: Zum einen werden ohnehin knappe Erholungszeiten unterbrochen. Zum anderen können Sorgen um die Pflegequalität entstehen, wenn Pflegekräfte spontan einspringen und nicht alle nötigen Informationen zu den Patient*innen haben, sich nicht gut vorbereitet fühlen. Dies erhöht wiederum den Druck auf Pflegekräfte und gefährdet eine insgesamt gute Arbeitsqualität, weil alle von der oft existenziellen Abhängigkeit der Pflegebedürftigen von ihrer guten Arbeit wissen: „Fehler wiegen schwer“ (KOLeGE Workshop I-A).

Unsere qualitativen Analysen im KOLeGE-Projekt (vgl. Bleses et al. 2018), Analysen des Vorgänger-Projekts ZUKUNFT:PFLEGE (Bleses/Jahns 2016) sowie anderen Auswertungen der empfundenen Arbeitsbelastung in der Pflege (vgl. insbesondere ver.di 2018) zeigen, dass sich die subjektiven Bewertungen der Arbeitsqualität in der Pflege verschlechtert

haben. In der Folge kommt es zu teilweisen oder vollständigen Rückzügen von Beschäftigten aus der Pflege und zu hohen Krankenständen (vgl. schon Theobald et al. 2013). Es wird also hohe Zeit, sich um eine Verbesserung der Arbeitsqualität in der Pflege zu bemühen.

4.4 Arbeitsqualität mit digitaler Unterstützung verbessern

4.4.1 Arbeitsorganisation und Kommunikation in ambulanten Pflegediensten

Wir haben die Pflegekräfte im Projekt KOLeGE als Praxisexpert*innen gefragt, an welchen Stellen digitale Lösungen zur Verbesserung der Arbeitsqualität beitragen können. Genannt wurden vor allem arbeitsorganisatorische Maßnahmen, insbesondere eine Verbesserung der Kommunikation und der Informationslage auf den Pflgetouren. Die Gründe hierfür liegen in den spezifischen Herausforderungen der Arbeit in der ambulanten Pflege in denen die Arbeitsabläufe parallel an verschiedenen Orten stattfinden: in der Zentrale erfolgen die Planung sowie die Vor- und Nachbereitung einer Tour. Die Versorgung der Patient*innen geschieht derweil örtlich verteilt in deren Wohnumgebungen. Darüber hinaus gibt es vielfältige Wege der Informationsweitergabe zwischen verschiedenen Beteiligten.

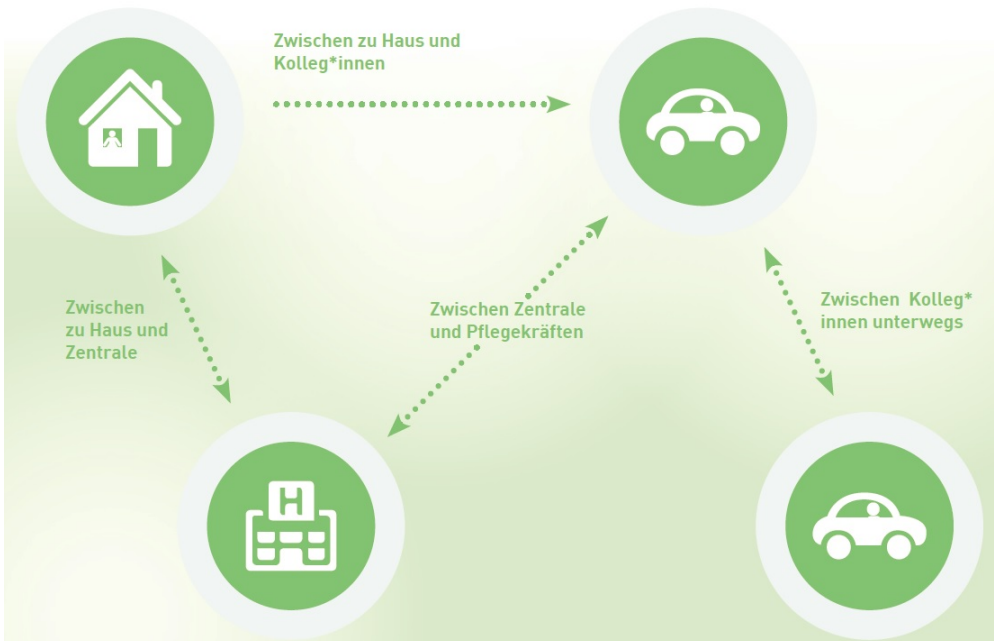


Abb. 4.2: Zentrale Kommunikationswege in der ambulanten Pflege

Das Schichtsystem bedingt, dass z. B. die Übergabe (Informationsweitergabe zur Pflege der Patient*innen) immer ‚über Bande‘ stattfindet, also entweder mit der Zwischenschaltung der Pflegedienstleitung oder mithilfe schriftlicher Nachrichten an die Pflegekraft, die als nächstes die Patientenversorgung übernimmt. Diese Ungleichzeitigkeit der Kommu-

nikation führt häufig dazu, dass Pflegekräfte für die Informationsweitergabe an Kolleg*innen oder Mitarbeiter*innen in der Pflegezentrale vielfältige Lösungen nutzen, insbesondere:

- Persönliche Übergabe in der Pflegezentrale an die Pflegedienstleitung nach dem Frühdienst
- Übergabeformulare an die Pflegedienstleitung
- Einträge in sog. Übergabebücher, die von allen Pflegekräften vor der Tour gelesen werden müssen
- Eintragungen oder Zettel für nachfolgende Pflegekräfte in den Dokumentationsmappen bei den Patient*innen
- Notizzettel in Fächern der Pflegekräfte
- Telefonanrufe an die Pflegezentrale oder an andere Pflegekräfte
- E-Mail-Nachrichten
- Gespräche zwischen Pflegekräften während der Tourvorbereitung am Morgen.

Aufgrund der Vielfalt und nicht immer eindeutigen Abgrenzung der Kommunikationswege besteht die Gefahr einer Mehrfachnutzung durch Mitarbeiter*innen. Wichtige Informationen finden sich daher oftmals an unterschiedlichen Stellen oder kommen nicht rechtzeitig an. Auf vielen Wegen gibt es keine (aktuellen) Rückmeldemöglichkeiten, weshalb der Eingang der Information bei den Adressat*innen oft unklar bleibt. Dadurch gerät Unsicherheit in die Kommunikation: Habe ich alle wichtigen Informationen erhalten? Nehmen die Kolleg*innen die von mir gegebenen Informationen (rechtzeitig) wahr?

Es gibt zwar in jedem ambulanten Pflegedienst auch Formen des kollektiven Austauschs (Dienst-, Team- und Fallbesprechungen). Diese finden allerdings im wöchentlichen, monatlichen oder vierteljährlichen Rhythmus statt und eignen sich daher kaum, aktuelle und dringende Nachrichten weiterzugeben.

Insgesamt bewirken suboptimale Informations- und Kommunikationslagen – gerade beim Einspringen bei neuen Patient*innen – stressauslösende Handlungsunsicherheiten. Auch die Unsicherheit, ob eigene Informationen wirklich ankommen, ist stressauslösend und kann dazu beitragen, dass nach dem Dienst nicht abgeschaltet werden kann. Informations- und Kommunikationsanforderungen sind dabei nicht auf einen bestimmten zeitlichen Abschnitt des Arbeitsalltags begrenzt, sondern begleiten die Pflegekräfte über den gesamten Arbeitstag. Sie sind – ebenso wie die eigentliche Pflege und das Unterwegssein auf den Touren mit zum Teil viel Verkehr und Parkplatzsuche – struktur- und erlebnisbildend.

4.4.2 Verbesserung der Kommunikationsstruktur mit Hilfe der MDA – aber nicht nur damit

Im Projekt KOLeGE wurde eine App entwickelt, welche die Kommunikations- und Informationsbedarfe sowie die Lernbedarfe der Pflegekräfte (und der Führungs- und Verwaltungskräfte) besser bedienen kann als analoge Mittel und manche Branchensoftware (vgl. Breuer et al. in diesem Band, Kap. 7). Wir werden uns im Folgenden weniger mit Technikfragen, sondern vor allem damit beschäftigen, welchen Herausforderungen ein MDA-gestütztes (aber nicht allein digitales) betrieblich organisiertes Informations- und Kommunikationssystem begegnet und wie es in den Pflegeorganisationen bedarfsgerecht umgesetzt werden kann.

4.4.2.1 Herausforderungen

1) Akzeptanzfragen

Eine erste Voraussetzung ist die Akzeptanz aller Beteiligten. Diese geht weit über die Akzeptanz des bloßen Einsatzes von Technik in einem Beruf hinaus, der durch die Interaktion mit Menschen geprägt ist. Dennoch beginnen die Überlegungen genau hier: *nicht alles, was digital kommuniziert werden kann, sollte auch auf diesem Wege kommuniziert werden*. Häufig reagieren Pflegekräfte aus Angst, keine Gelegenheit mehr zu haben, persönlich mit ihren Kolleg*innen zu sprechen, mit Ablehnung gegenüber digital gestützter Kommunikation. Ebenso werden mit dem Technikeinsatz in einer Branche, die mit minutengenauen Nachweisen arbeitet, auch Ängste erweiterter *Kontrollmöglichkeiten* hervorgerufen.

2) Grenzüberschreitungen

Zudem ist zu bedenken, dass digitale Technik grenzübergreifende Kommunikation ermöglicht, also eine Abgrenzung von Arbeitszeit und Freizeit problematischer werden lässt. Sofern Pflegekräfte über Nachrichten auf dem MDA auch daheim erreicht werden können oder Tourenpläne digital verfügbar sind, kann eine Pflegekraft sie zu Hause einsehen (und sich damit beschäftigen). Dadurch kann auf der einen Seite Druck von der morgendlichen Tourenvorbereitung genommen werden. Den Beschäftigten wird ermöglicht, sich schon daheim auf ihre Tour einstellen zu können, was viele Beschäftigte als entlastend begrüßen würden. Auf der anderen Seite besteht hier immer die Gefahr, dass gesetzliche Ruhezeiten nicht eingehalten werden und die ohnehin schon eingeschränkte Regenerationszeit durchbrochen wird (siehe dazu Bury/Bleses in diesem Band, Kap. 11). Zudem stellt sich die Frage, ob und wie solche Zeiten der Beschäftigung mit dienstlichen Angelegenheiten außerhalb der eigentlichen Dienstzeit angerechnet werden können – das betrifft insbesondere auch Zeiten für das E-Learning von daheim aus (vgl. Kludig/Friemer in diesem Band, Kap. 8).

3) Strukturfragen

Damit eine technische Innovation zu einem Gewinn für die Arbeitsabläufe werden kann, bedarf es ihrer organisatorischen Einbettung in die bestehenden Strukturen. Hier unterscheidet sich digitale Technik nicht von analogen Kommunikationsmitteln. Im Gegenteil: Durch ihr Hinzutreten wird die Kommunikationsstruktur ohne Regelungen noch komplexer und unübersichtlicher. Im Sinne sozio-technischer Systemgestaltung geht es erst um Organisierung und dann um Technisierung bzw. um die wechselseitige Optimierung von Organisation und dazu passender Technik (vgl. Sträter 2019; vgl. Bleses et al. in diesem Band, Kap. 2).

4) Kompetenzfragen

Da ein Umgang mit digitalen Medien aktuell weder zur Ausbildung noch zum Berufsbild von Pflegekräften gehört, ergibt sich eine weitere Herausforderung der Digitalisierung – die der Kompetenzen. Einerseits handelt es hierbei um fachliche Kompetenzen, andererseits aber auch um überfachliche Kompetenzen, die sich in Lern- und Veränderungsbereitschaft sowie einem sicheren und systematischen Umgang mit digital gestützter Technik zeigen (siehe dazu Friemer in diesem Band, Kap. 9).

5) Datenschutzfragen

Datenschutz und Datensicherheit sind nicht allein eine rechtliche Herausforderung für ein digital gestütztes Kommunikationssystem. Sie begegnen vielmehr den Beschäftigten als eine Anforderung, mit der sie ohne organisationale Hilfen nicht gut umgehen können. Die Materie ist komplex und angstausslösend (*Mache ich etwas falsch?*). Im Zweifel unterbleibt Kommunikation aus Angst vor Datenschutzmängeln. Oder man schiebt das Thema ganz beiseite, weil man es sowieso nicht durchschaut, und erhöht damit das Risiko, selbst einfache Datenschutzanforderungen nicht zu erfüllen.

4.4.2.2 Organisierte Kommunikation benötigt Regeln

Für die komplexen Kommunikationsanforderungen in der ambulanten Pflege sind organisationale Maßnahmen erforderlich, damit die Arbeitsqualität der Beschäftigten nachvollziehbar verbessert wird. Pflegekräfte nutzen dabei den Vorteil einer besser *organisierten Kommunikation*. Eine solche Kommunikation setzt nicht allein auf die technische Unterstützung, aber nutzt deren Vorteile, fügt sie in ein neu strukturiertes, vereinfachtes und verbindliches organisationales System ein. Folgende organisatorische Maßnahmen erscheinen aus der empirischen Perspektive besonders wichtig:

1) Nutzungsregeln

Formelle Nutzungsregeln etablieren (neue) Arbeits- und Organisationsroutinen der Kommunikation. Wenn sich allerdings einzelne oder Gruppen nicht daran halten, ist auch die formelle Kommunikationsstruktur zum Scheitern verurteilt. Nutzungsregeln sollen also Verbindlichkeit neuer Kommunikationsstrukturen herstellen. Denn deren Sinn hängt davon ab, dass sie von allen befolgt werden. Damit fördern sie umfassende Akzeptanz, setzen aber zu ihrer Befolgung auch Akzeptanz voraus. Um ihre Akzeptanz zu stärken, sollten auch sie gemeinsam mit den Beschäftigten entwickelt, erprobt und evaluiert werden. Sie müssen veränderbar sein, wenn sich die Strukturen ändern oder wenn sie nicht praxisgerecht funktionieren.

Die Nutzungsregeln sollten so einfach wie möglich gehalten sein, um nicht zu einer Überforderung zu führen. Sie können dann leichter verstanden und befolgt werden. Das ist in komplexen Kommunikationsstrukturen allerdings leichter gesagt als getan. Die Regelungen müssen z. B. klären, welche Art von Informationen über welche Kanäle und von wem verantwortlich übermittelt werden und welche organisatorischen Schritte ein Ablauf (z. B. ein Bestellvorgang vom Auslösen der Bestellung bis zur Eingangskontrolle) benötigt. Die neue Struktur setzt auf:

- *Verschlinkung und Verlässlichkeit*: Im Sinne des ‚Weniger-ist-Mehr‘ werden alle bisherigen Kommunikationswege auf ihre Praxistauglichkeit geprüft. Es werden nur die obligatorischen Kommunikationswege ausgewählt, bei deren Nutzung auch tatsächlich alles gesehen und weitergegeben werden kann.
- *Klarheit*: Die Zuordnung der Kommunikationszwecke und -inhalte zu bestimmten Wegen führt dazu, dass alle wissen, welche Dinge wo zu finden sind.
- *Abstimmung* zwischen digital gestützten und analogen Kommunikationswegen: Welcher bislang analoge Kommunikationsweg wird durch digitale Kommunikation ersetzt? Wann kann beides gleichrangig genutzt werden? Wann ist persönliche Kommunikation (z. B. im Rahmen der persönlichen Übergabe nach dem Frühdienst) erwünscht oder verpflichtend?

- *Verbindlichkeit*: Nur die identifizierten Kommunikationswege dürfen genutzt werden, um die Struktur zu stärken und Unsicherheiten zu vermeiden.
- *Transparenz*: Öffentliche Kommunikationsverläufe sind von allen einsehbar, die Kommunikationsstruktur ist klar zu erkennen. Durch Rückmeldefunktionen oder die Veränderung von Statusanzeigen wie *gelesen*, *bearbeitet*, *erledigt* wird zeitnah dokumentiert, ob eine Information angekommen oder bearbeitet wurde.
- *Schnelligkeit und Ortsunabhängigkeit*: Alles, was möglichst sofort und egal wo zur Kenntnis genommen oder gegeben werden soll, sollte digital gestützt kommuniziert werden. Nur Anrufe bieten eine vergleichbare Geschwindigkeit, können in Pflegesituationen oder beim Fahren auf den Touren aber auch stören oder an der Nichterreichbarkeit scheitern.
- *Lesbarkeit bzw. Barrierearmut*: Digital gestützte Kommunikationsmittel ermöglichen bessere Lesbarkeit als handschriftliche Notizen. Die Autokorrektur kann zudem Rechtschreibfehler ausbügeln. Nachteilig kann sich aber auch auswirken, dass digital gestützte Kommunikation nicht nur Schreibfähigkeiten (Sprache, Rechtschreibung) voraussetzt, sondern darüber hinaus auch technische Fertigkeiten (z. B. Schreiben auf einer kleinen Bildschirmastatur) erfordert.
- *Nachvollziehbarkeit über Zeit*: Digital gestützte Kommunikation kann ggf. über lange Zeit nachvollzogen werden, ohne lange suchen zu müssen (z. B. Übergabebücher mit rückverfolgbaren Patient*inneninformationen) – und auch das von jedem Ort aus.
- *Verfügbarkeit von wichtigen Informationen vor Ort*: Auch hier sind digital gestützte Mittel im Vorteil, weil sie keinen zusätzlichen Ballast erzeugen bzw. überhaupt erst Zugriff auf Informationen verfügen, die man sonst unterwegs gar nicht oder erst durch Telefonanrufe verfügbar hätte (z. B. Handlungsanleitungen für die Pflege oder Standards aus dem betriebsinternen Qualitätsmanagement).
- *Datenschutz und Datensicherheit*: Digitale betriebliche Kommunikationsplattformen stellen ein geschlossenes System dar, das in Hinblick auf Sicherheit anderen Alternativen (einsehbare Notizen, mitzuhörende Telefonate, ungeschützte Messenger) überlegen sein kann, wenn die Sicherheitsvorschriften beachtet werden. Neben der unmittelbaren Wirkung auf die Handlungssicherheit der Beschäftigten bietet ein verlässlicher Datenschutz Handlungs- und Rechtssicherheit, gerade weil Datenschutzregelungen oftmals schwer zu durchschauen sind.
- *Schutz privater Daten und vertrauliche Kommunikation*: Neben öffentlich von allen Berechtigten einzusehender Kommunikation müssen persönlich bleibende Kommunikationsmöglichkeiten vorgehalten werden. Das ist für vertrauliche Kommunikation zentral (z. B. alle Personalangelegenheiten, Anfragen nach persönlichen Hilfen usw.). Hier sollten digitale (z. B. geschützte E-Mail-Programme) und analoge (Face-to-Face) Angebote (z. B. Übergabe- oder Reflexionsgespräche im geschlossenen Raum) nebeneinander bestehen, um verschiedenen Präferenzen und Settings gerecht werden zu können.

2) Selbstverpflichtungen von Unternehmen / betriebliche Vereinbarungen

Unternehmen sollten im Rahmen von Selbstverpflichtungen oder als Betriebsvereinbarungen festlegen, wie sie mit Fragen der Kontrolle von Beschäftigten mittels der MDA (z. B. Zeit- und Ortserfassung unterwegs) umgehen. Hierzu gehören Auskünfte darüber, ob und welche Daten gesammelt werden, ob sie vorgehalten und wozu sie ausgewertet werden. Das schafft Transparenz und Vertrauen und kann so Widerstände vermeiden helfen.

3) Fehlerfreundliche Führungskultur

Veränderungen bedürfen Phasen des Erprobens, denn nur dadurch kann ein Unternehmen seine individuellen Einsatzmöglichkeiten digitaler Technik entdecken und gestalten. Es können von allen Seiten notwendigerweise Fehler gemacht werden, mit denen jedoch ein konstruktiver Umgang (Fehlerkultur) gelebt werden sollte, der das Ausprobieren nicht hemmt, sondern fördert. Hierzu gehören auch Auswertung und Reflexion von Fehlern, die Handlungsalternativen eröffnen.

4) Reflexions- und Veränderungsfähigkeit

Digitalisierungsprozesse bedeuten tiefgehende Eingriffe in die organisationale Struktur mit weitreichenden, nicht immer im Vorfeld antizipierbaren Folgen. Daher empfiehlt es sich, nicht alle geplanten Digitalisierungsschritte auf einmal umzusetzen, sondern *schrittweise* vorzugehen. In der Praxis kann dies dadurch umgesetzt werden, dass zunächst ein Teil der Kommunikation digital umgesetzt wird, während andere Kommunikationsbereiche weiterhin analog bleiben. Im KOLEGE-Projekt hat es sich als hilfreich erwiesen, zunächst bestimmte Funktionen zu testen und erst bei guter Handhabung neue Bereiche der genutzten App freizuschalten. Auch eine ‚Generalprobe‘ in einer Niederlassung eines Unternehmens und die spätere Erweiterung auf weitere Standorte können hilfreich sein. Ein schrittweises Vorgehen gibt den Beschäftigten einen gewissen Spielraum, sich an die neuen Anforderungen zu gewöhnen und sie mit weniger Druck als bei einer sofortigen ‚Komplett-Digitalisierung‘ meistern zu können. Für das Unternehmen ergeben sich Vorteile einer übersichtlicheren Planung, wenn immer nur Teile und nicht alles auf einmal umgesetzt wird. Jeder gesicherte Schritt festigt außerdem den Boden für weitere Schritte.

5) Kompetenzentwicklung fördern

Im Vorfeld und im Laufe der Umsetzung des Technikeinsatzes sollten Schulungen mit unterschiedlichen Schwerpunkten angeboten werden, um die Kompetenzen mit dem Umgang digitaler Arbeitsmittel zu stärken (siehe Friemer in diesem Band, Kap. 9). Diese müssen wiederholt werden, wenn sich Technik oder der organisatorische Umgang damit verändern. In Branchen mit hoher Personalfuktuation sind regelmäßig Schulungen für neue Mitarbeiter*innen einzuplanen.

4.5 Fazit

Die Digitalisierung von Kommunikationsprozessen bietet gerade in der ambulanten Pflege, die zeitlich und örtlich verteilt stattfindet, viel Potenzial für die Optimierung von Prozessen, aber auch für die Stärkung von Handlungssicherheit der allein arbeitenden Pflegekräfte. Digital gestützte Kommunikation ist allerdings in allen Bereichen voraussetzungsvoll. So gibt es Stolpersteine, die es zu umgehen gilt, wenn Digitalisierung dauerhaft auch im Sinne guter Arbeitsqualität umgesetzt werden. Zwei treten u. E. besonders hervor:

Beteiligung an der organisatorischen Einbettung: Es bedarf nicht allein bei der Technikumsetzung selbst, sondern auch bei deren organisatorischer Einbettung der Mitwirkung aller Beteiligten. Ansonsten kann nicht nur das Digitalisierungsvorhaben scheitern, das Unternehmen läuft sogar Gefahr, Mitarbeiter*innen zu verlieren, die sich überfordert fühlen. Insofern ist ein planvolles, beteiligungsorientiertes und kompetenzförderndes Vorgehen unerlässlich, um Fachkräfte zu halten oder sogar anzuziehen.

Wer kann im Sinne der Beschäftigten regeln? Die Fragen nach regelungsfähigen Akteuren und Regulierungsthemen digitalisierter Arbeit dürfen nicht vernachlässigt werden. Da es in der ambulanten Pflege – vor allem im immer größer werdenden privaten Sektor – kaum betriebliche Interessenvertretungen gibt, taucht immer das Problem auf, wer eigentlich welches arbeitsrechtliche Wissen hat und wie man zu verlässlichen, verbindlichen und aktualisierbaren Regelungen über wichtige Themen kommen kann, die im Rahmen digitalisierter Arbeit auf der Hand liegen. Das betrifft die Fragen der Abgrenzung von Arbeits- und Freizeit, nach der Erreichbarkeit daheim, der Anerkennung von geleisteter Arbeit außerhalb der eigentlichen Dienste (ab wann wird beispielsweise ein Telefongespräch über dienstliche Fragen zur Arbeitszeit?) und der Rechte und Pflichten der dienstlichen Kommunikation. Fragen der Haftung bei Datenpannen, bei Unfällen mit den digitalen Geräten usw. treten hinzu. Gibt es keine betriebliche Interessenvertretung, muss allein der Arbeitgeber Sorge dafür tragen, dass es tragfähige Lösungen für alle diese Herausforderungen gibt (vgl. zu diesen Themen den Beitrag von Bury/Bleses in diesem Band, Kap. 11).

Viele der arbeits- und haftungsrechtlichen Fragen werden sich mit größerer Dringlichkeit dann stellen, wenn weitere Bereiche der Pflegearbeit digitalisiert werden und vor allem, wenn die *überbetriebliche Vernetzung* voranschreitet. Der Wunsch nach einem ‚direkten Draht‘ zu Ärzten, Apotheken und dem Aufnahme- und Entlassmanagement von Krankenhäusern wird von Beschäftigten in der ambulanten Pflege häufig geäußert. Das Entlastungspotenzial einer solchen Vernetzung schätzt die Praxis als hoch ein (insbesondere was den schnellen Erhalt von Informationen zu Patient*innen anbelangt. Diese Potenziale der überbetrieblichen Vernetzung auf digitaler Basis wurden auch vom Gesetzgeber erkannt, der sie mit verschiedenen Initiativen, u. a. mit dem Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG, November 2019), fördern will. In diesem Zusammenhang tun sich Fragen auf, die nicht nur, aber auch gerade hinsichtlich der Arbeitsqualität in der Langzeitpflege von Belang sind. Denn Pflegeunternehmen und Pflegekräfte werden an den Schnittstellen der Versorgung sitzen und die überbetriebliche Kommunikation betreiben müssen. Was das für sie und ihre Arbeit bedeutet, ist noch nicht einmal angedacht.

Literatur

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Becke, G., Bleses, P. (2016). Pflegepolitik ohne Arbeitspolitik? *Jahrbuch christliche Sozialwissenschaften*, 57, 105-126.
- Becke, G., Senghaas-Knobloch, E. (2011). Dialogorientierte Praxisforschung in organisatorischen Veränderungsprozessen. In: Meyn, C., Peter, G., Dechmann, U., Georg, G., Katenkamp, O. (Hrsg.), *Arbeitssituationsanalyse, Band 2: Praxistaugliche Beispiele und Methoden* (S. 383-405). Wiesbaden: Springer VS.
- Becke, G., Wehl, R. (2016). Generationengerechtigkeit als Schlüssel für betriebliche Sozialinnovationen. In: Becke, G., Funken, C., Klinke, S., Scholl, W., Schweer, M. (Hrsg.), *Zusammen – Arbeit – Gestalten. Soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen* (S. 223-240). Wiesbaden: Springer VS.
- Behrens, M., Bleses, P. (2013). Der Dialog – Basis achtsamen Unternehmenswandels. In: Becke, G., Funken, C., Klinke, S., Scholl, W., Schweer, M. (Hrsg.), *Innovationsfähigkeit durch Vertrauensgestaltung? Befunde und Instrumente zur nachhaltigen*

- Organisations- und Netzwerkgestaltung (S. 215-230). Reihe Psychologie und Gesellschaft Bd. 12. Frankfurt a.M.: Peter Lang Verlag.
- Bleses, P., Busse, B., Friemer, A. (2020). Zur Einführung. Kapitel 1 in diesem Band.
- Bleses, P., Busse, B., Friemer, A. (2020). Veränderungsprojekte Digitalisierung der Arbeit in der Langzeitpflege. Anforderungen und Gestaltungsoptionen im Rahmen umfassender Veränderungsprozesse. Kapitel 2 in diesem Band.
- Bleses, P., Busse, B., Friemer, A., Kludig, R., Schnäpp, M., Bidmon-Berezinski, J., Breuer, J., Philippi, L. (2018). Zwischenbericht des Verbundprojekts KOLeGE. Ergebnisse der Analysephase. Universität Bremen, Schriftenreihe Institut Arbeit und Wirtschaft 24 | Juni 2018, 2., erweit. Fassung.
- Bleses, P., Friemer, A., Busse, B. (2020). Beteiligungsorientierte Digitalisierung der Pflegearbeit: Das Beispiel „digitaler Tourenbegleiter“. In: Kubek, V., Velten, S., Eierdanz, F., Blaudszun-Lahm, A. (Hrsg.), Digitalisierung in der Pflege zur Unterstützung einer besseren Arbeitsorganisation - Potentiale für höhere Arbeitszufriedenheit? Erfahrungen aus Wissenschaft und Praxis (S. 49-62). Springer: Wiesbaden.
- Bleses, P., Jahns, K. (2016). Soziale Innovationen in der ambulanten Pflege. In: Becke, G., Bleses, P., Frerichs, F., Goldmann, M., Hinding, B., Schweer, M. (Hrsg.), Zusammen – Arbeit – Gestalten. Soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen (S. 127-144). Wiesbaden: Springer VS.
- Böhle, F., Stöger, U., Weihrich, M. (2015). Interaktionsarbeit gestalten: Vorschläge und Perspektiven für humane Dienstleistungsarbeit. Berlin: edition sigma.
- Bornheim, N. (2008). Arbeitsqualität als Ansatzpunkt für eine sozial nachhaltige Gestaltung flexibler Arbeitsformen – Das Beispiel Pflege. In: Becke, G. (Hrsg.), Soziale Nachhaltigkeit in flexiblen Arbeitsstrukturen. Problemfelder und arbeitspolitische Gestaltungsperspektiven (S. 169-184). Wien/Zürich: Lit-Verlag.
- Breuer, J., Bleses, P., Philippi, L. (2020). Praxisorientierung und Partizipation. Schlüssel für Technikgestaltung in Veränderungsprojekten. Kapitel 7 in diesem Band.
- Bury, C., Bleses, P. (2020). Betriebliche und überbetriebliche Handlungs- und Regulierungsanforderungen in Veränderungsprojekten der Digitalisierung in der Langzeitpflege. Kapitel 11 in diesem Band.
- Fricke, W. (2012). Aktionsforschung in schwierigen Zeiten. In: Jostmeier, M., Georg, A., Jacobsen, H. (Hrsg.), Sozialen Wandel gestalten: Zum gesellschaftlichen Innovationspotenzial von Arbeits- und Organisationsforschung (S. 213-236). Wiesbaden: Springer VS.
- Friemer, A. (2020). Digitale Technik droht? Bedroht? Wirklich nur? Kompetenzentwicklung in Veränderungsprojekten. Kapitel 9 in diesem Band.
- Fuchs, T. (2011). Arbeit – Prekarität – Gesundheit: Arbeitsqualität und Gesundheitsempfinden aus Sicht von Beschäftigten in verschiedenen sozialen Berufsfeldern. In: Stolz-Willig, B., Christoforidis, J. (Hrsg.), Hauptsache billig? Prekarisierung der Arbeit in den Sozialen Berufe (S. 25-44). Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Gustavsen, B. (1994). Dialog und Entwicklung. Kommunikationstheorie, Aktionsforschung und Strukturreformen in der Arbeitswelt. Berlin: edition sigma.

- Kludig, R., Friemer, A. (2020). Blended Learning in der ambulanten Pflege. Partizipative Gestaltung unter Berücksichtigung der Diversität von Pflegekräften. Kapitel 8 in diesem Band.
- Kumbruck, C. (2008). Das Ethos fürsorglicher Praxis – in der stationären und ambulanten Pflege. In: Senghaas-Knobloch, Eva, Kumbruck, Christel (Hrsg.), Vom Liebesdienst zur liebevollen Pflege (S. 39-52). Loccumer Protokolle 80/07. Rehburg-Loccum: Evangelische Akademie Loccum.
- Latniak, E., Gerlmaier, A. (2006). Zwischen Innovation und alltäglichem Kleinkrieg. Zur Belastungssituation von IT-Beschäftigten. IAT-Report, Nr. 4, Institut Arbeit und Technik, Gelsenkirchen.
- Lepperhoff, J. (2011). Qualität von Arbeit: messen – analysieren – umsetzen. Politik und Zeitgeschichte, 15/2011, 32-37.
- Moldaschl, M. (2007). Ressourcenorientierte Analyse von Belastung und Bewältigung in der Arbeit. In: Moldaschl, M. (Hrsg.), Immaterielle Ressourcen. Nachhaltigkeit von Unternehmensführung und Arbeit I. 2., erweit. Aufl. (S. 285-321). München/Mering: Rainer Hampp Verlag.
- Sauer, D. (2011). Von der „Humanisierung der Arbeit“ zur „Guten Arbeit“. Politik und Zeitgeschichte, 15/2011, 18-24.
- Senghaas-Knobloch, E. (2008). Care-Arbeit und das Ethos fürsorglicher Praxis unter neuen Marktbedingungen am Beispiel der Pflegepraxis. Berliner Journal für Soziologie, 18 (2), 221-243.
- Senghaas-Knobloch, E., Nagler, B., Dohms, A. (1997). Zukunft der industriellen Arbeitskultur. Persönliche Sinnansprüche und Gruppenarbeit, 2. Aufl. Münster: Lit Verlag.
- Sträter, O. (2019). Wandel der Arbeitsgestaltung durch Digitalisierung. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft (73), 252-260.
- Theobald, H., Szebehely, M., Preuß, M. (2013). Arbeitsbedingungen in der Altenpflege. Die Kontinuität der Berufsverläufe – ein deutsch-schwedischer Vergleich. Berlin: edition sigma.
- ver.di – Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2018). Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. So beurteilen die Beschäftigten die Lage. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfragen zum DGB-Index Gute Arbeit, hrsg. vom Institut DGB-Index Gute Arbeit und ver.di – Bereich Innovation und Gute Arbeit <https://index-gute-arbeit.dgb.de/++co++fecfee2c-a482-11e8-85a5-52540088cada> (Zugriff am 09.03.2020).
- Wehrich, M., Dunkel, W., Rieder, K., Kühnert, I., Birken, T., Herms, I. (2015). Interaktive Arbeit in der Altenpflege: zwischen Arbeitswelt und Lebenswelt. In: Dunkel, W., Wehrich, M. (Hrsg.), Interaktive Arbeit. Theorie, Praxis und Gestaltung von Dienstleistungsbeziehungen (S. 181-217). Wiesbaden: Springer-VS.

5 Kollaborative Dienstplattform

Digitalisierung als Mittel teamorientierter Selbstorganisation

Vanessa Kubek, Sebastian Velten, Alarith Uhde, Nadine Schlicker, Annette Blaudszun-Lahm

Zusammenfassung

Der Pflegeberuf wird als wenig attraktiv wahrgenommen: physische Belastungen, Schichtdienst, vergleichsweise geringes Gehalt sind – neben weiteren Faktoren – dafür ausschlaggebend. Negative Auswirkungen von Schichtarbeit können dadurch reduziert werden, dass das Autonomieerleben der Mitarbeitenden erhöht wird. Sie haben nicht mehr das Gefühl, dass (neben ihrem Berufsleben auch) über ihr Privatleben verfügt wird, sondern sie haben selbst die Chance, die Balance herzustellen und zu gestalten. Diesen Gestaltungsspielraum adressiert das Projekt GamOR: mit Hilfe einer kollaborativen, d. h. gemeinschaftlichen, und zugleich digitalisierten Dienstplanung soll die Zufriedenheit der Pflegekräfte erhöht werden.

5.1 Einführung: Schichtarbeit als Belastungsfaktor – Kollaborative Dienstplanung als *ein* Lösungsansatz

Der Fachkräftemangel in der Pflege hat – in vielen Regionen Deutschlands – dramatische Ausprägungen angenommen. Zur Begründung des großen und weiter wachsenden Fachkräftemangels (Bundesagentur für Arbeit 2019, S. 5) wird immer wieder auf die mangelnde Attraktivität des Pflegeberufes verwiesen. Die Attraktivität wird dabei durch unterschiedliche Faktoren eingeschränkt, zum Beispiel durch die körperlich und psychisch beanspruchende Tätigkeit, die häufig unter hohem Zeitdruck zu erbringen ist und vergleichsweise schlecht vergütet wird. Darüber hinaus ist die Work-Life-Balance von Pflegekräften durch Arbeit im Schichtdienst beeinträchtigt (vgl. Kubek et al 2019, S. 338).¹¹

Schichtarbeit lässt sich unter Bezugnahme auf arbeitswissenschaftliche Belastungs-Beanspruchungskonzepte den so genannten objektiven Belastungsfaktoren zuordnen (Hornberger 2006; Knauth 2007; Angerer/Petru 2010; Höfflin 2002; DGAUM 2006). Vor dem Hintergrund der betrieblichen Notwendigkeit von Schichtarbeit in bestimmten Branchen, darunter in der Pflege, beschäftigt sich die Arbeitswissenschaft daher seit vielen Jahren intensiv damit, vorbeugende Maßnahmen gegen ungünstige Auswirkungen dieser Arbeit zu identifizieren (Smith et al. 2011). Dabei steht insbesondere die Schichtmodellgestaltung im Fokus. Knauth und Hornberger betonen im Kontext diesbezüglich ausgearbeiteter Kriterien, dass *Planbarkeit der Freizeit* für Schichtarbeitende sowie die *Akzeptanz von Schichtplänen durch die Mitarbeitenden* von hoher Bedeutung sind. Eine große Rolle

¹¹ Dieser Beitrag entstand im Rahmen des Verbundprojektes GameofRoster – Spielifizierte Dienstplattform für Pflegeberufe („GamOR“). Laufzeit: 04/2017 – 03/2020. Das Vorhaben wird im Rahmen des Programms „Zukunft der Arbeit“ (Förderkennzeichen 02L15A210-02L15A216) vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und dem Europäischen Sozialfonds (ESF) gefördert und betreut durch den Projektträger Karlsruhe (PTKA).

spielt dabei die *Einbindung der Mitarbeitenden*. Dies greift arbeitspsychologische bzw. motivationspsychologische Erkenntnisse auf, die darauf verweisen, dass sowohl Leistungsverhalten als auch psychische Gesundheit durch die Erzeugung intrinsischer Arbeitsmotivation gefördert werden. So zeigen Deci und Ryan, dass neben Kompetenzerleben und sozialer Eingebundenheit Autonomieerleben eine maßgebliche Rolle spielt (Deci/Ryan 2002; vgl. Hackman/Oldham 1980). Sie konnten außerdem darlegen, dass Vorgaben, die durch andere getätigt werden, am ehesten akzeptiert werden, wenn

- man Wahlalternativen bietet bzw. zulässt,
- man im Falle einer fehlenden Wahlfreiheit Begründungen liefert.

Die motivierende Wirkung der Einbindung von Mitarbeitenden wurde in weiteren arbeitspsychologischen Kontexten nachgewiesen wie beispielsweise im Zusammenhang mit dem Catch-ball-Prinzip (u. a. Jochum 2002), in der Partizipationsforschung (u. a. Haas 2012, Lohmann/Prümper 2003) oder in der Organisationsentwicklung (u.a. Kotter 1996; Kotter/Schlesinger 2008; Menzel/Günther 2011). Allerdings gibt es ebenso Hinweise darauf, dass Partizipationsmöglichkeiten nicht nur positive Auswirkungen haben können, sondern – wenn diese ohne Begleitung und Zielgruppenadäquatheit stattfindet – negative Auswirkungen wie Überforderung oder Unsicherheit auf das Wohlbefinden der Mitarbeitenden haben können (Lohmann/Prümper 2003). Im Zuge von Veränderungsprozessen müssen demnach Begleitungsdesigns konzipiert und realisiert werden, die die positiven Aspekte von Partizipation stärken und nachteilige Auswirkungen abmildern.

Engel et al. (2014) haben eruiert, dass Vorhersehbarkeit das Ausmaß erlebter Beanspruchung deutlich reduziert: Eine schlechte Planbarkeit der eigenen Arbeitszeit führt zu einer Zunahme subjektiver Gesundheitsbeschwerden und einer Steigerung der Unzufriedenheit mit den eigenen Arbeitszeitregelungen. Eine höhere Planungssicherheit und ein Gefühl der Kontrolle, realisiert durch Einbindung der Mitarbeitenden in die Dienstplangestaltung, führen hingegen zu einer signifikant besseren Bewertung der eigenen Arbeitszeiten und zu einer Minderung sozialer Beeinträchtigungen (vgl. Kubek et al 2019, S. 338-340).

Das Projekt GamOR („Game of Roster“) hat zum Ziel, Potenziale der Digitalisierung zur Steigerung der Arbeitszufriedenheit zu nutzen, indem Mitarbeitende gemeinsam und digital einen Dienstplan erstellen. Dadurch soll sowohl das Autonomieerleben der Beschäftigten als auch die Verlässlichkeit der Dienstpläne gestärkt werden. Wenn Dienstplanung als gemeinschaftlicher Prozess installiert wird, handelt es sich dabei maßgeblich um ein Element von Selbstorganisation. Als zentraler Erfolgsfaktor von Selbstorganisation wird immer wieder soziale Dichte benannt (vgl. Vollmer 2018; Gloser/Rösner 2017). Soziale Dichte resultiert beispielsweise daraus, dass ein Team eigenständig verantwortlich für bestimmte Arbeitsergebnisse ist. In der Folge wird das Team darauf achten, dass alle Teammitglieder im Sinne dieser Ziele und Ergebnisse arbeiten. Selbstorganisation setzt daher ein hohes Maß von Konfliktfähigkeit voraus. Diese entsteht durch intensiven Kontakt, durch gemeinsames Lernen, durch gemeinschaftliches Wachsen als Mannschaft (vgl. Vollmer 2018). Entsprechend wird der analogen Abstimmung im Team als Voraussetzung für eine erfolgreiche kollaborative Dienstplanung in GamOR hohe Bedeutung beigemessen.

Im Folgenden wird die Gestaltung eines technisch assistierten, kollaborativen Dienstplanungsprozesses als Beispiel eines Veränderungsprojekts dargestellt. Dazu wird zunächst die Ausgangssituation der am Projekt beteiligten Altenpflegeeinrichtung erläutert. Darauf aufbauend wird der kollaborative Prozess beschrieben, wobei insbesondere auf Fragen der Organisation, der Motivation sowie der technischen Realisierung eingegangen wird.

Abschließend werden die im Projekt gemachten Erfahrungen und angestoßenen Veränderungen diskutiert.

5.2 Status quo: Dienstplanung zentralisiert – und verlässlich?

Praxispartner im Projekt GamOR ist die Protestantische Altenhilfe Westpfalz (PAW). Die Dienstplanung erfolgte bis zum Einsatz der kollaborativen Dienstplanung bei der PAW zentral. Diese Art der Planung wird – mit Abweichungen im Detail – schätzungsweise in den meisten deutschen Pflegeeinrichtungen angewandt. Konkret gestaltet sich der Prozess in der PAW wie folgt:

Der Bedarf in der Dienstplanung wird definiert durch abzudeckende Pflgetouren. Im Zuge der Dienstplanung müssen der Tourenplan, der Stellenbesetzungsplan, der sich nach der Pflegeintensität der Bewohner*innen richtet, und das tatsächlich vorhandene Personal derart in Einklang gebracht werden, dass eine Bezugspflege (Betreuung der Bewohner*innen mindestens drei Tage in Folge durch dieselbe Pflegekraft) sichergestellt wird. Gleichzeitig ist die Wirtschaftlichkeit der Planung zu beachten.

Der Stellenbesetzungsplan wurde 14 Tage vor einem Monatsende den ‚Planern‘ als Vorlage zur Verfügung gestellt. Die Planer sind Wohnbereichsleitungen (WBL) – in der PAW sind dies vier Personen. Zwischen dem 5. und 10. eines jeden Monats erstellt die WBL den Dienstplan für den Folgemonat. An diese Erstplanung schließt sich eine Kontrollschleife an: Pflegedienstleitung (PDL), Einrichtungsleitung (EL) und stellvertretende Geschäftsführung (vor allem Controlling) sowie die Vorsitzende der Mitarbeitendenvertretung (MAV) prüfen den Dienstplan und nehmen ggf. Veränderungen vor. Am 12. eines Monats soll die Dienstplanung abgeschlossen und der Dienstplan beschlossen sein, der endgültige Plan soll 14 Tage vor dem Folgemonat ausgehängt werden. An diesem Soll-Plan sind in der Folge keine Veränderungen ohne die Genehmigung der PDL mehr möglich.

Aus dieser Art der Planung ergibt sich *Problem 1* des Status quo:

Eine verlässliche Planung der Dienste des Folgemonats ist erst 14 Tage im Voraus gegeben. Private Aktivitäten können dadurch nahezu nicht mit Vorlauf geplant werden. Der Dienstplan gibt kurzfristig den Rahmen vor, in den sich das Privatleben einbetten muss.

Auf jedem Wohnbereich liegt ein Wunsch-Buch aus. Pflegekräfte haben die Möglichkeit, Wünsche für freie Tage oder freie Dienste bis zum 5. eines Monats in dieses Buch einzutragen. Die WBL versuchen, bei ihrer Planung unter Berücksichtigung der arbeitsrechtlichen Anforderungen und jenen, die sich aus Stellenbesetzungsplan und Tourenplan ergeben, diese Wünsche, aktuelle Stundenkonten der Pflegekräfte sowie deren individuelle Präferenzen zu berücksichtigen. Individuelle Präferenzen basieren z. B. auf Hobbies, Erfordernis an Kinder- bzw. Angehörigenbetreuung oder auf Alter.

Damit zusammenhängend entstehen *Problem 2, 3 und 4* des Status quo:

Während die WBL die Präferenzen „ihrer“ Pflegekräfte kennen und bei der Dienstplanung berücksichtigen, verfügen die „Kontrollinstanzen“ nur eingeschränkt über dieses Wissen. De facto wird dann zuweilen ein Dienstplan veröffentlicht, in dem Wünsche oder Präferenzen der Pflegekräfte nicht berücksichtigt sind, was zu substantieller Unzufriedenheit („Mitarbeitende erleben es als Vertrauensbruch, wenn ihre Präferenzen nicht berücksichtigt werden“) und ggf. erheblichem Anpassungsbedarf führt („Manchmal wird der komplette Plan in fünf Minuten über Bord geworfen“).

Weil die Pflegekräfte um den schwierigen Prozess der Dienstplanung – vor allem über die verschiedenen Kontrollinstanzen hinweg wissen – sind sie mit der Angabe von Wünschen sehr zurückhaltend. Nur absolut dringliche Termine (Hochzeiten, lange im Voraus geplante Arzttermine o. ä.) werden eingetragen. Die berufliche Planung hat absoluten Vorrang vor privaten Aktivitäten. Die Work-Life-Balance wird in einem solchen Modell zunehmend zum Problem.

Die ‚Durchgriffsmacht‘ der Kontrollinstanzen und damit verbunden ggf. das Ignorieren von Wünschen und Präferenzen beeinträchtigen das Gefühl der Pflegekräfte, Mitgestalter ihrer eigenen beruflichen Zeit sein zu können.

Die Probleme des Status quo wurden in GamOR im Rahmen von Mitarbeiterbefragungen und Einzelinterviews identifiziert und zusammenfassend lässt sich festhalten:

Je nach zeitlichem Vorlauf der Veröffentlichung des Dienstplans ist der Planungshorizont für Pflegekräfte erheblich eingeschränkt. Zudem ist die Planungssicherheit dadurch gefährdet, dass eingebrachte Dienstwünsche von der Planungsinstanz (WBL) zwar i. d. R. berücksichtigt werden, durch Anpassungen der Kontrollinstanzen jedoch ggf. doch nicht realisiert werden können. Auch das Autonomieempfinden der Pflegekräfte, über die eigene Zeit in einem gewissen Rahmen bestimmen zu können, wird beschädigt. Schlussendlich führt der gesamte Prozess dazu, dass Pflegekräfte in gewisser Weise resignieren. Die Anforderungen bzgl. der zeitlichen Verfügbarkeit sind derart stark von den Bedürfnissen der Organisation getrieben, dass die Pflegekräfte private Zeit nur noch „um den Dienst herum planen“.

5.3 Konzeption einer kollaborativen Dienstplattform – Veränderungsdimensionen auf dem Weg zu mehr Selbstorganisation

Im Sinne der von Bleses et al. in Kapitel 2 dieses Bandes beschriebenen Dimensionen bildet eine technische Veränderung den Ausgangspunkt des Veränderungsprojektes bzw. -prozesses. In GamOR wird ein analog vollzogener Dienstplanungsprozess digitalisiert und zusätzlich kollaborativ gestaltet: In diesem Anwendungsfall ist die technische Veränderung somit das Ziel der Veränderung und die Zielformulierung bildet den Ausgangspunkt für den Veränderungsprozess.

Um durch die Veränderung eine aufgaben-, mensch- und organisationsgerechte Gestaltung des Arbeitssystems zu erreichen, ist eine umfassende Anforderungsanalyse, welche alle wesentlichen Stakeholder des zu entwickelnden Systems in ihrem realen Arbeits- bzw. Anwendungskontext von Anfang an berücksichtigt, unabdingbar (vgl. Robertson/Robertson 2013). In GamOR wurden dabei die spezifischen Bedarfe aller relevanten Akteursgruppen (Pflegekräfte, Leitungskräfte inkl. Geschäftsführung, Mitarbeitervertretung, IT) im Hinblick auf eine kollaborative Dienstplanung eruiert. Diese Anforderungserhebung und deren Analyse bildeten die Basis für alle weiteren konzeptionellen und technischen Arbeitsschritte im Projekt.

In den nachfolgenden Teilkapiteln wird zunächst betrachtet, welche Anforderungen die befragten Pflege- und Leitungskräfte an die Dienstplanungsplattform vor dem Hintergrund der Dimensionen *Berufskultur und Interaktionsarbeit* beschrieben haben und welche Veränderungen diesbezüglich in Folge der Dienstplanungsplattform zu beobachten sind. Für die Konzeption der Plattform war weiterhin relevant, welche *Regelungen*, welche

Art der *Kooperation*, des *Arbeitens und Lernens* im Team sowie der *Kompetenzentwicklung* mit der Anwendung verbunden sind bzw. sein sollen. Die technische Realisierung berücksichtigt die Anforderungen in diesen Dimensionen und wirkt gleichermaßen auf sie ein. Abschließend wird reflektiert, inwiefern die technischen Veränderungen Auswirkungen auf die *Führung* in der Organisation haben und inwiefern *Ressourcen der Organisation* den Veränderungsprozess unterstützt haben. Die Beschreibung der Veränderungsdimensionen berücksichtigt dabei alle Phasen des Projektes GamOR.

5.3.1 Berufskultur und Interaktionsarbeit

In einem ersten Schritt fokussierte die Anforderungserhebung darauf, den aktuellen Dienstplanungsprozess und alle damit verbundenen Bedarfslagen zu eruieren, bevor dann in einem zweiten Schritt die Bedürfnisse im Hinblick auf den digitalisierten und kollaborativen Prozess identifiziert wurden.

In Kapitel 2 dieses Bandes legen Bleses, Busse und Friemer dieser Veränderungsdimension die Leitfrage zu Grunde: Inwieweit verändert der neue digitale Technikeinsatz die bisherige Pflegearbeit als im Kern Arbeit am und mit dem pflegebedürftigen Menschen?

Dementsprechend lautet eine zentrale, in der Anforderungserhebung formulierte Forderung sowohl der Pflege als auch der Leitungskräfte: „Die kollaborative und digitalisierte Dienstplattform muss die Zufriedenheit unsere Bewohner*innen stärken, indem das Bezugsbetreuungssystem unbedingt gewährleistet wird.“ Die *Bewohnerzufriedenheit* wurde damit neben Mitarbeiterzufriedenheit (aufgrund höherer Planungssicherheit, Transparenz u. a., siehe unten) zum Leitmotiv für die Konzeption und Umsetzung der Dienstplattform erhoben. Hierbei ist zu beachten, dass Mitarbeiter- und Bewohnerzufriedenheit in einzelnen Fällen konfliktär sind (z. B. wenn die Bezugspflege Wünschen nach Freizeit gegenübersteht), und gegeneinander abgewogen werden müssen.

Darüber hinaus forderten die Pflegekräfte, dass „die Technik nicht Abstimmungen im Team ersetzen“ dürfe. Dem menschlichen, sozialen Kontakt wurde hohe Bedeutung beigemessen. Mit der Plattform wurde weiterhin die Hoffnung verbunden, dass man „als Gesamtteam im Haus“ weiter zusammenwachse.

5.3.2 Regelungen, Arbeiten und Lernen organisieren, Kompetenzen und Kooperationen entwickeln

Im Zuge der Anforderungserhebung wurden seitens der Leitungskräfte Ziele bzgl. der Dienstplanungsplattform formuliert, die sich im Wesentlichen unter dem Stichwort *Effizienz* subsummieren lassen:

- „Für WBL/PDL deutlich weniger Zeitaufwand für die Dienstplanung“
- „Bei WBL nur noch Controlling-Funktion, keine weiteren Akteure mehr involviert“
- „Kein unbegründeter Aufbau von Überstunden“
- „Stichtagsregelung: Bis zu einem bestimmten Tag kann man sich eintragen und danach sind keine Dienstplanänderungen mehr möglich“

Auf Seiten der Pflegekräfte konnte als eine zentrale Anforderung an die Dienstplanung das Kriterium *Planungssicherheit* identifiziert werden:

- „Sich auf Einhaltung der Wünsche verlassen können“
- „Wochenende alle 14 Tage frei haben“
- „Gesicherte Freizeit“

- „Grundfeste wie Urlaub, Arbeit an Wochenenden, Schichtabfolgen über das ganze Jahr hinweg festhalten“

Ein weiteres Element eines verbesserten Dienstplanungsprozesses ist aus der Perspektive der Pflegekräfte *Transparenz*, z. B. dahingehend, welchen Stellenwert die individuellen Präferenzen haben und welche Auswirkungen damit für den Planungsprozess verbunden sind. Die Pflegekräfte äußerten auch den Wunsch, nicht nur einen Monat sehen zu können, sondern einen Blick „für das größere Ganze“ (d. h. Dienste in Vormonaten, Schichtabfolgen, Dienste an Feiertagen, Nachtdienste etc.) gewinnen zu können. Eine zentrale Anforderung der Pflegekräfte lautete: „Änderungen, die mich betreffen, müssen mir angezeigt werden.“ Darüber hinaus sollten sämtliche Regelungen, die einen Mitarbeitenden betreffen, in der Plattform hinterlegt sein. Wichtig sei auch, dass Mitarbeitende verstünden, *warum* Wünsche nicht erfüllt werden können.

Weitere Anforderungen haben die Pflegekräfte im Hinblick auf die *Funktionalität*, *Transparenz* und *Bedienbarkeit* der Dienstplattform formuliert. Mit diesen beiden Kriterien werden zentrale Elemente der Kompetenzentwicklung, der Organisation des Lernens und der Entwicklung von Kooperationen adressiert.

Die Pflegekräfte wünschten:

- „Die Plattform soll Vorschläge erarbeiten, aber nicht „allein entscheiden“. Eine Abstimmung unter uns im Team soll in Konfliktfällen erhalten bleiben.“
- „Sie muss durch Mitarbeitende bedienbar sein, die mit ‚Computern nichts am Hut haben‘, auch durch Ältere – gerne aber auch spielerische Elemente für die Jüngeren.“
- „Programm muss übersichtlich sein“
- „Wir könnten uns in Lerntandems organisieren und die Anwendung gemeinsam durchgehen.“
- „Soll- und Ist-Stunden müssen erkennbar sein.“

Schlussendlich wurden Anforderungen seitens der Pflegekräfte benannt, die das Kriterium *Freiwilligkeit* betreffen:

- „Durch hinterlegten Rahmendienstplan ist es prinzipiell möglich, dass man sich gar nicht einträgt, wenn man nicht möchte.“

Im Rahmen einer schriftlichen Befragung¹², die die Anforderungserhebung ergänzte, haben die Pflegekräfte (im Sinne von ‚Verpflanzen‘) eine Priorisierung der Eigenschaften bzw. Implikationen des Dienstplans vorgenommen. Von besonderer Bedeutung sind für sie danach:

- 1) Wochenende alle 14 Tage Freitag
- 2) Nicht zu viele Arbeitstage am Stück
- 3) Einhaltung des ‚Wunsch-Frei‘
- 4) Kontinuität der Dienste
- 5) Einhaltung individueller Präferenzen
- 6) Berücksichtigung des Alters / der individuellen Belastbarkeit
- 7) Berücksichtigung von Kinder-/Angehörigenbetreuung
- 8) Realisierung von Diensten mit Kolleg*innen, die man mag

¹² Befragt wurden insgesamt 69 Personen. Die Rücklaufquote betrug 73 % bei den Pflegekräften und 67 % bei den Planern.

Bei vertiefenden, mündlichen Analysen wurde darüber hinaus deutlich, dass den Pflegekräften wichtig ist, dass die Plattform einen Vorschlag für einen ‚fairen Plan‘ erstellt. Zum Beispiel müsse das Prinzip *Wer zuerst einträgt, ist im Vorteil* vermieden werden. Auch wer sich gar nicht eintrage, dürfe nicht benachteiligt werden.

Zusammenfassend orientierte sich die Konzeption der Dienstplattform maßgeblich an folgenden Anforderungen:

- Weniger Zeit für Dienstplanerstellung / weniger Controlling-Aufwand
- Mehr Planungssicherheit
- Mehr Transparenz
- Intuitive Bedienbarkeit
- Fairness

Die Basis für Kooperation: Fairness in der Auflösung von Planungskonflikten

Aus den vielfältigen Interviews wurde bereits früh im Entwicklungsprozess deutlich, dass Fairness in der Dienstplanung allgemein und in der Auflösung von Konflikten zwischen Mitarbeitenden im speziellen eine integrale Rolle für den Erfolg der Dienstplattform spielen würde. Aufgrund des o. g. Fachkräftemangels stellen Freizeitwünsche die Leitungskraft strukturell vor Probleme, wie angesichts der knappen zeitlichen Ressourcen der Dienstplan ‚mitarbeiterfreundlich‘ gestaltet werden kann.

Auf der anderen Seite stellt die Anforderung einer fairen Dienstplanung auch die technische Entwicklung vor Probleme. Über eine Definition von Fairness besteht weder allgemeiner Konsens, noch gibt es hinreichende kontextualisierte Erkenntnisse zur subjektiven Fairnesswahrnehmung der Pflegekräfte in der Dienstplanung. Allgemein kann zwischen einer leistungsorientierten, einer gleichverteilten und einer bedürfnisorientierten Ressourcenverteilung unterschieden werden (Deutsch 1975). Stellt man die Frage nach einem fairen Dienstplan, ergeben sich dementsprechend drei verschiedene Modelle. Dienste können anhand der Einsatzbereitschaft (z. B. wer häufiger einspringt, bekommt eher seine präferierten Dienste) oder gleichmäßig auf alle Mitarbeitenden (z. B. alle bekommen den gleichen Anteil verschiedener Dienste) verteilt werden oder auch priorisiert an bedürftige Mitarbeitende (z. B. alleinerziehende Eltern bekommen die Frühdienste, damit die Versorgung der Kinder gewährleistet ist). Diese Konzepte widersprechen sich in ihren Konsequenzen teilweise (Kleinberg et al. 2016), was zu Schwierigkeiten in der technischen Formalisierung führt. Abgesehen von der Verteilungsfrage stellen sich weitere Anforderungen, etwa die benannte Nachvollziehbarkeit selbstrelevanter Entscheidungen (Prozessfairness) sowie ein respektvoller Umgang miteinander (interpersonelle Fairness) und der angemessene Zugang zu Informationen (informationelle Fairness als gelungene Abwägung zwischen Privatsphäre und Transparenz) (Colquitt 2001).

GamOR hat hierbei den für Assistenzsysteme ungewöhnlichen Schritt über die ‚objektive Fairness‘ hinausgehend hin zur ‚subjektiven Fairness‘ gewagt. Damit löst GamOR sich von der Maxime, eine möglichst faire Lösung ausschließlich berechnen zu wollen. Kommt es zu Konflikten, werden diese nicht durch einen Algorithmus gelöst. Stattdessen können die Pflegekräfte in persönlichen Gesprächen untereinander aushandeln, wer im Falle dieses Konfliktes seinen Freizeitwunsch zugestanden bekommt. Wie könnte beispielsweise eine formalisierte Entscheidung gefällt werden, wenn eine Pflegekraft sich um das eigene Kind kümmern muss, während die andere pflegebedürftige Eltern versorgt? Im persönlichen Kontakt können vielseitige Lösungen erarbeitet werden, die den Bedürfnissen der Mitarbeitenden genügen und dem Kontext des Problems angepasst sind. Zudem werden die Mitarbeitenden dadurch stärker in den Planungsprozess integriert, was zu mehr Auto-

nomie und Selbstbestimmung führt (Prooijen 2009; Tangirala/Ramanujam 2008). Die Entscheidung, auf Basis einer Konflikterkennung und Hinweisen auf Konfliktlösungsansätze auf technischer Ebene persönliche Gespräche als eigentliches Lösungsformat zu wählen, wurde durchweg positiv aufgenommen.

Neben der Fairness als ‚Hygienefaktor‘ i. S. v. Herzberg et al. (1959) stand die Förderung nachhaltiger, intrinsischer Nutzungsmotivation im Vordergrund der Gestaltung. Daher wurden bereits im Zuge der Anforderungserhebung die ‚freudvollen Planungsaktivitäten‘, also Planungspraktiken (Reckwitz 2003) inkl. ihrer Materialität, Bedeutung und Kompetenzanforderungen erhoben. Die Bedeutungskomponente wiederum wurde in Anlehnung an Hassenzahl, Diefenbach und Göritz (2010) als psychologische Bedürfnisbefriedigung verstanden, für welche wir im Kontext der Dienstplanung insbesondere die Sicherheit (Planungssicherheit), Autonomie (eigenständige Plangestaltung) und Popularität (gegenseitige Hilfe im Team) identifizieren konnten. Diese positiven Praktiken in Kombination mit einem nutzerzentrierten Designansatz (Klapperich et al. 2018; Steimle/Wallach 2018) bildeten die Grundlage für die spätere Interaktions- und Benutzeroberflächengestaltung. Um die verschiedenen Nutzergruppen fortwährend im Design zu repräsentieren, wurde eine Planer- sowie eine Mitarbeitendenpersona abgeleitet und beim Praxispartner validiert.

Auf Grundlage dieser Analysen wurde eine ganzheitliche Vision davon entwickelt, wie GamOR den Arbeitsalltag der Pflegekräfte beeinflussen und verändern könnte. Um diese Vision den Mitarbeitenden vermitteln zu können, wurde auf den *Invisible Design Ansatz* (Briggs et al. 2012) zurückgegriffen und ein animierter Kurzfilm (Prototype of intended Experience - PIX) erstellt. Darin wurde das intendierte Nutzererleben visuell aus der Perspektive einer Pflegekraft dargestellt, ohne jedoch auf die genaue Ausgestaltung des Systems einzugehen. Die Mitarbeitenden erlebten somit schon sehr früh in der Konzeptphase, wie sich die Dienstplanung durch die GamOR-Anwendung verändern könnte. Dadurch konnte Feedback zum allgemeinen Konzept der Anwendung eingeholt werden, bevor Zeit in die Entwicklung des finalen Designs und der Anwendung geflossen ist. Um die Mitarbeitenden und damit die zukünftigen Nutzer der Anwendung stets in den Entwicklungsprozess zu integrieren, wurde für die Umsetzung ein agiles Vorgehen gewählt. Dabei wurden einzelne Funktionen iterativ und inkrementell hinzugefügt. Dieses Vorgehen bietet den Vorteil, dass neue Funktionen in kurzen Abständen direkt von den Nutzer*innen erprobt werden können und das resultierende Feedback direkt zur Anpassung der weiteren Entwicklung genutzt werden kann (zu einem vergleichbaren Vorgehen s. auch Kap. 7 von Breuer et al. in diesem Band). Nachdem das Design in verschiedenen Ausgestaltungsgraden (vom Papierprototypen zum digitalisierten interaktiven Prototypen) evaluiert wurde, wurde das erste Minimal Viable Product (eine Teilanwendung, die für die Nutzer bereits bedienbar ist) implementiert und den Mitarbeitenden zur Verfügung gestellt. Um die Motivation zur kollaborativen Planung zusätzlich zu steigern, wurden Elemente nachhaltiger Spielifizierung integriert. In allen Phasen wurde fortlaufend evaluiert, ob die Funktionen der Anwendung die Bedürfnisse der Mitarbeitenden abbilden und, ob die Anwendung leicht und intuitiv bedienbar ist. Dabei kamen sowohl qualitative als auch quantitative Methoden zum Einsatz, um Problembereiche (funktional und inhaltlich) sichtbar zu machen.

Ein besonderes Augenmerk lag darauf, dass auch Personen, die weniger geübt im Umgang mit Technik sind, die Anwendung nutzen können. Die GamOR-Anwendung wurde auf einem Tablet realisiert, welches für alle Mitarbeitenden zugänglich im Wohnbereich auslag (s. unten).

Bereits in der ersten Erprobung wurde deutlich, dass dieser integrative und gemeinschaftliche Ansatz von den Mitarbeitenden angenommen wird. Mitarbeitende, die keine oder nur geringe Berührungängste mit der GamOR Anwendung hatten, standen ihren weniger technikaffinen Kolleg*innen zur Seite und halfen ihnen bei der Bedienung. Diese Form der Kooperation (Tandem-Ansatz) bietet das Potenzial, die Hemmschwelle bzgl. der Nutzung der Technologie abzubauen (siehe den Beitrag von Kludig/Friemer in diesem Band, Kap. 8).

5.3.3 Technische Realisierung

Ansätze für eine kollaborative Dienstplanung bzw. Selbstplanung wurden vereinzelt bereits umgesetzt und begleitende Studien deuten darauf hin, dass durch solche Ansätze eine höhere Arbeitszufriedenheit erreicht werden kann (Koning 2014). Gleichzeitig wird darauf hingewiesen, dass die Komplexität der Planungsaufgabe, der hohe Zeitaufwand und eine daraus resultierende Frustration zum Scheitern solcher Projekte führen können. Abhilfe können eine entsprechende Vorbereitung aller Beteiligten (Pflege- und Führungskräfte) und Assistenzsysteme schaffen.

Ein wesentlicher Beitrag von GamOR ist eine Dienste-Plattform, die als Assistenzsystem fungiert. Mit Hilfe dieses digitalen Assistenzsystems können Wünsche und Präferenzen von Pflegekräften erfasst bzw. verwaltet werden. Andererseits werden Abstimmungsbedarfe zwischen Pflegekräften hinsichtlich dieser Wünsche und Präferenzen automatisch ermittelt und die betroffenen Pflegekräfte werden darüber informiert. Darüber hinaus umfasst die Plattform eine Anwendung zur Finalisierung des Dienstplans durch die Führungskraft.

Das entwickelte Assistenzsystem wurde als Plattform umgesetzt, um sowohl von den Pflege- als auch von den Führungskräften einfach genutzt werden zu können. Für die Pflegekräfte wurde eine App implementiert. Die Führungskräfte können die Assistenten zur Finalisierung des Dienstplans über eine Webanwendung nutzen.

App für Pflegekräfte

Durch die App erhalten Pflegekräfte die Möglichkeit, auf digitalem Weg an der Dienstplanung und dem gemeinsamen Abstimmungsprozess teilzunehmen. In der App können einerseits Freizeit-*Wünsche* für einzelne Tage hinterlegt werden (Abb. 5.1). Diese stehen nur in begrenzter Anzahl zur Verfügung, haben eine sehr hohe Priorität und müssen ggf. mit Kollegen abgestimmt werden. Andererseits können Freizeit-*Präferenzen* (wie z. B. „mittwochs spät frei“) angegeben werden. Deren Priorität ist zwar geringer, sie werden aber dennoch berücksichtigt, wenn alle anderen Bedingungen (Besetzung, Gesetze, Wünsche) erfüllt sind.

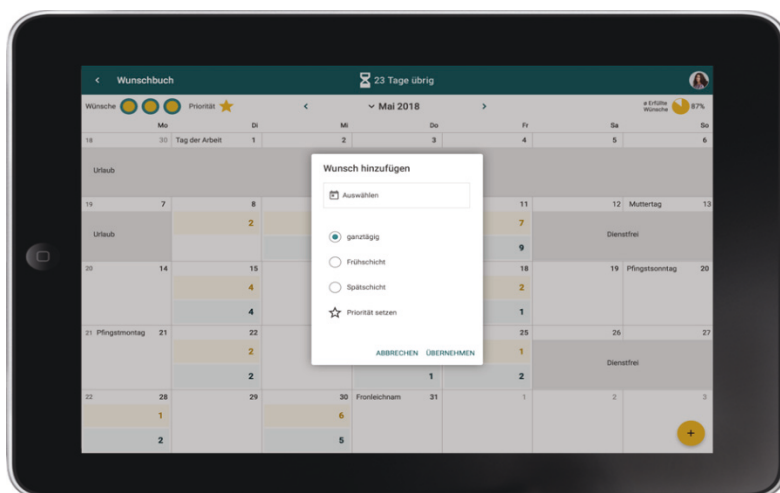


Abb. 5.1: App: Abgabe Freizeit-Wunsch

Mit der App können Wünsche und Präferenzen auf einfache Art und Weise auch langfristig verwaltet werden. Sie stehen somit auch der Führungskraft in strukturierter Form zur Verfügung und können bei der Finalisierung des Dienstplans einbezogen werden.

Für eingetragene Wünsche wird im Hintergrund geprüft, ob ein zulässiger Plan gefunden werden kann, der die Wünsche erfüllt. Ist dies nicht der Fall, werden Minimalkonflikte (kleinste Mengen von Wünschen, die nicht gleichzeitig erfüllbar sind) berechnet und die beteiligten Pflegekräfte werden darüber informiert (Abb. 5.2). Dadurch werden die notwendige Abstimmung und ggf. die Lösung des Konflikts vor der Finalisierung des Dienstplans unterstützt.

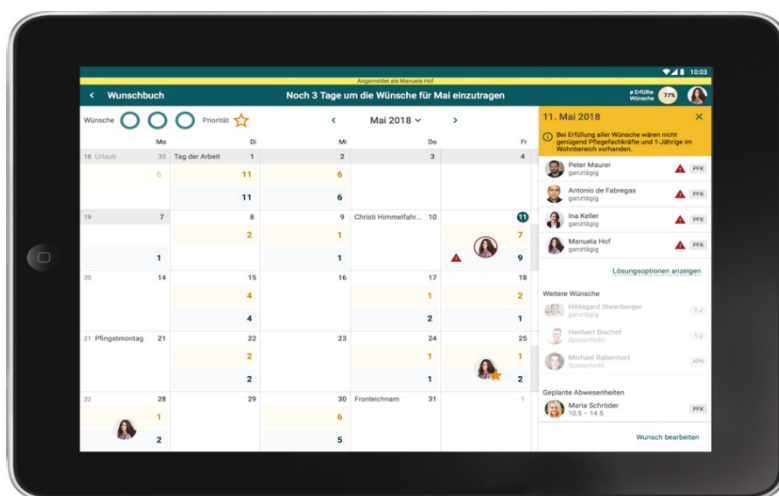


Abb. 5.2: App: Anzeige Wunschkonflikt

5.4 Führung neu denken, Selbstorganisation auf Teamebene

Durch die Dienstplattform wurde Führung in der beteiligten Pflegeeinrichtung unmittelbar maßgeblich verändert. Diese Veränderungen werden kurz skizziert.

Zu Projektbeginn war die Dienstplanung zentral organisiert. Die Hoheit über die Dienstplanerstellung lag somit in den Händen von Leitungskräften und nicht in der Autonomie der Mitarbeitenden. GamOR legt diese Hoheit nun maßgeblich in die Hände der Beschäftigten. Der Wegfall der Dienstplanungshoheit ist somit gleichzusetzen mit einem gewissen Verlust von Macht. Führungskräfte haben fortan eine veränderte Rolle. Dieser Rollenwechsel wurde im Projekt sensibel begleitet und im Rahmen von Führungskräfte-Coachings bewusst thematisiert.

Größtenteils wurde die Veränderung durch GamOR von den WBL explizit begrüßt („Ich möchte nicht über die Freizeit meiner Mitarbeitenden befinden“) – dies unterstützte den Rollenwechsel. Erwartungen und Befürchtungen im Hinblick auf die Plattform wurden im Rahmen der Coachings explizit erörtert. Weiteres Ziel des Coaching-Prozesses war es, das Teamgefühl unter den Wohnbereichsleitungen zu stärken.

Für die Teams der Pflegekräfte bedeutet der neue Prozess, dass eine Konfliktklärung zukünftig im Team erfolgt. Teams agieren demnach deutlich stärker selbstorganisiert als im Kontext zentraler Planung. Dies erfordert Kompetenzen, die bei zentraler Planung nicht in dieser Art und Weise von Bedeutung sind – allen voran Kommunikations- und Konfliktfähigkeit. Die Beschäftigten müssen in Konfliktfällen miteinander ins Gespräch kommen, müssen ihre Präferenzen oder Wünsche vertreten können, benötigen Empathie für die Anliegen des Gegenübers *und* sie sollen in der Lage sein, möglichst ohne Rückgriff auf die WBL eigenständig eine Konfliktklärung herbeizuführen. Führungsaufgaben und Koordinationsaufgaben fallen im Zuge von GamOR somit auch auf Teamebene an, was neben der technischen Innovation eine zentrale *soziale Innovation* darstellt.

Die Coachings mit den WBL griffen daher auch die Frage auf, wie eine entsprechende Kompetenzentwicklung auf Teamebene unterstützt werden kann und wie mit einem möglichen Risiko der Überforderung umgegangen werden kann. Darüber hinaus wurden diese Fragen bei der Erprobung auch mit den Teams direkt erörtert. Dabei wurde geschildert, dass eine eigenständige Konfliktklärung in nahezu allen Fällen herbeizuführen sei.

5.5 Ressourcen der Organisation

Wie in Kapitel 2 dieses Bandes von Bleses, Busse und Friemer betont, ist jedes Veränderungsprojekt mit finanziellen, personellen und zeitlichen Ressourcen verbunden, die in Abhängigkeit von der Veränderungstiefe in den verschiedenen Dimensionen variieren. Da GamOR durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert wurde, standen der Pflegeeinrichtung finanzielle Mittel zur Verfügung, die den mit der Projektumsetzung verbundenen personellen und zeitlichen Aufwand zumindest anteilig kompensierten. Gleichwohl ist – jenseits einer Förderung – das Engagement der Praxispartner ausschlaggebend für den Erfolg eines solchen Vorhabens.

Das Projekt GamOR war und ist durchgängig partizipativ und reflexiv konzipiert. Über die konkrete Beteiligung der Pflegekräfte im Kontext des technischen Prozesses hinausgehend wird die Information, Einbindung und Motivierung der Mitarbeitenden über den gesamten Projektverlauf durch ausgewählte Strukturelemente sichergestellt. Gleichzeitig sichern diese Strukturelemente das Projektmanagement innerhalb der Pflegeeinrichtung.

In einem ersten Schritt ging es darum, innerhalb der Pflegeeinrichtung klare Rollen zu benennen und Verantwortlichkeiten zu definieren (vgl. Königswieser/Exner 2008). Dazu wurde eine interne Projektleitung benannt (PDL). Ihr oblag das Management des Projekts inkl. Freigabe von Ressourcen, Terminbestimmung, Überwachung der Umsetzung und Steuerung der hausinternen Kommunikation über das Projekt. Die Projektleitung stand in regelmäßigem Austausch mit dem arbeitswissenschaftlichen Partnerkonsortium. In einem zweiten Schritt wurde in der PAW eine Steuergruppe installiert. Ihr gehören an: Geschäftsleitung, EL, PDL, Vorsitzende der MAV sowie der Systemadministrator der Einrichtung (vgl. ebd.).

Ein weiterer struktureller Pfeiler im Projekt waren Mitarbeiterversammlungen sowie Schlüsselpersonentreffen. Mitarbeiterversammlungen wurden bzw. werden in Abstimmung mit der MAV einberufen zu zentralen Schlüsselmomenten im Projekt, z. B. grundlegende Information über das Projekt, Vorstellung von Ergebnissen zur Mitarbeitendenbefragung, Information sowie über die Erprobung. Die Mitarbeitendenversammlungen wurden jeweils zwei Mal täglich angeboten, sodass allen Mitarbeitenden eine Teilnahme ermöglicht wurde. Ergänzt wurden die Mitarbeitendenversammlungen durch Gruppengespräche auf den Wohnbereichen, die in die Erprobung eingebunden waren (vgl. ebd.).

Schlüsselpersonentreffen wurden ebenfalls zu neuralgischen Projektzeitpunkten durchgeführt (zum Beispiel zur Rückspiegelung, welche der durch die Mitarbeitenden und Führungskräfte benannten Anforderungen an die Plattform tatsächlich adressiert werden können). Sie hatten in erster Linie das Ziel, die Akzeptanz des Projekts bzw. der einzuführenden Technik unter der Mitarbeiterschaft durch die Sensibilisierung entsprechender Multiplikatoren zu fördern. Zu Schlüsselpersonen zählen im Projekt GamOR interessierte Wohnbereichsleitungen und technikaffine, am Projekt interessierte Mitarbeitende (vgl. ebd.).

In der Summe führte das partizipative Vorgehen dazu, dass in der Einrichtung insgesamt eine hohe Motivation in Bezug auf GamOR zu spüren war (vgl. ebd.).

5.6 Reflexion des Veränderungsprozesses

Die Motivation zum Projekt GamOR fußt auf der Vision, die Zufriedenheit von Beschäftigten in einer Branche zu verbessern, die mit anspruchsvollen und zum Teil ungünstigen Rahmenbedingungen konfrontiert ist und in Folge dessen mit einem zum Teil dramatischen Fachkräftemangel zu kämpfen hat. *Ein* Ansatzpunkt zur Erhöhung von Zufriedenheit ist dabei, negative Rahmenbedingungen, die mit Schichtarbeit einhergehen, dadurch abzumildern, dass Planungssicherheit, Transparenz und Gestaltungsmöglichkeiten der Mitarbeitenden erhöht werden und ihre Work-Life-Balance stärker in den Fokus genommen wird. GamOR ist gleichermaßen eine technische wie auch eine soziale Innovation.

Auf qualitativer Ebene sind bereits jetzt deutlich positive Effekte zu erkennen: Das Projekt hat dazu geführt, dass sich die Pflegeeinrichtung dem Thema Digitalisierung angenommen hat – und zwar nicht, weil es gerade ‚in aller Munde ist‘, sondern verknüpft mit der konkreten Absicht, eine Technologie dazu zu nutzen, die Arbeitsbedingungen von Beschäftigten zu verbessern. Dabei war zu beobachten, dass die Thematik Dienstplanung auf Ebene der Geschäftsführung, EL und PDL schnell weiterreichende Fragen aufwarfen, die die Attraktivität als Arbeitgeber insgesamt betreffen.

In GamOR konnte die zentrale Erkenntnis gewonnen werden: Organisational anspruchsvolle Digitalisierungsprojekte können vor allem dann gelingen, wenn die Sinnhaftigkeit

der neuen Technologie von allen betroffenen Akteur*innen erkannt wird und wenn diese zu ‚Herr*innen des Verfahrens‘ gemacht werden, wenn die Technologie nutzerzentriert gestaltet ist und wenn neben der technischen Veränderung bedeutende Implikationen für ‚das Soziale‘, das Miteinander aktiv in den Blick genommen und positiv ausgestaltet werden. In diesem Sinne können technische und soziale Innovationen sich wechselseitig fördern, und haben dadurch das Potenzial, die Arbeitszufriedenheit von Mitarbeitenden zu erhöhen.

Literatur

- Angerer, P., Petru, R. (2010). Schichtarbeit in der modernen Industriegesellschaft und gesundheitliche Folgen. *Somnologie* 14, 88-97.
- Bleses, P., Busse, B., Friemer, A. (2020). Veränderungsprojekte Digitalisierung der Arbeit in der Langzeitpflege. Anforderungen und Gestaltungsoptionen im Rahmen umfassender Veränderungsprozesse. Kapitel 2 in diesem Band.
- Breuer, J., Bleses, P., Philippi, L. (2020). Praxisorientierung und Partizipation. Schlüssel für Technikgestaltung in Veränderungsprojekten. Kapitel 7 in diesem Band.
- Briggs, P., Olivier, P., Blythe, M., Vines, J., Lindsay, S., Dunphy, P., Monk, A. (2012). Invisible design: Exploring insights and ideas through ambiguous film scenarios. *Proceedings of the Designing Interactive Systems Conference on - DIS '12*, 534. <https://doi.org/10.1145/2317956.2318036> (Zugriff am 12.03.2020).
- Bundesagentur für Arbeit (Hrsg.). Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Nürnberg: 2019.
- Colquitt, J. A. (2001). On the dimensionality of organizational justice: A construct validation of a measure. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 386-400.
- Deci, E. L., Ryan, R. M. (2002). *Handbook of self-determination research*. Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Deutsch, M. (1975). Equity, equality, and need: What determines which value will be used as the basis of distributive justice? *Journal of Social Issues*, 31(3), 137-149.
- Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V. (DGAUM) (Hrsg.) (2006). Leitlinien Nacht- und Schichtarbeit. www.ergo-online.de/html/service/download_area/Leitlinie_Nacht-_und_Schichtarbeit.pdf (Zugriff am 16.11.2018).
- Engel, C., Hornberger, S., Kauffeld, S. (2014). Organisationale Rahmenbedingungen und Beanspruchungen im Kontext einer Schichtmodellumstellung nach arbeitswissenschaftlichen Empfehlungen – Spielen Anforderungen, Ressourcen und Personenmerkmale eine Rolle? *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 68 (2), 78-88.
- Gloser, B., Rösner, D. (2017). *Selbstorganisation braucht Führung: Die einfachen Geheimnisse agilen Managements*. München: Carl Hanser Verlag.
- Haas, M. (2012). Direkte Partizipation abhängig Beschäftigter: Konzept, organisatorische Realisierung und die Wirkung auf Arbeitszufriedenheit und Gesundheitsressourcen. *WZB Discussion Paper*, No. SP I 2012-302.
- Hackman, J. R., Oldham, G. R. (1980). *Work redesign*. Reading, MA: Addison-Wesley.

- Hassenzahl, M., Diefenbach, S., Göritz, A. (2010). Needs, affect, and interactive products – Facets of user experience. *Interacting with Computers*, 22(5), 353-362. <https://doi.org/10.1016/j.intcom.2010.04.002> (Zugriff am 12.03.2020).
- Herzberg, F., Mausner, B., Bloch Snyderman, B. (1959). *The Motivation to Work*. 2. Aufl. New York: Wiley.
- Höfflin, P. (2002). *Arbeitszeitgestaltung zwischen Normalarbeitszeitstandard und Flexibilisierung: Eine Untersuchung am Fallbeispiel der Kernarbeitszeitregelungen in der Krankenpflege*. Dissertation. Albert-Ludwigs-Universität, Freiburg.
- Hornberger, S. (2006). *Individualisierung in der Arbeitswelt aus arbeitswissenschaftlicher Sicht*. Frankfurt am Main: Peter Lang GmbH.
- Jochum, E. (2002). Hoshin Kanri. Management by Policy: Grundlagen eines effizienten Ziel-Management-Systems. In: Bungard, W., Kohnke, O. (Hrsg.), *Zielvereinbarungen erfolgreich umsetzen*, 2. Aufl. (71-93). Wiesbaden: Gabler.
- Klapperich, H., Laschke, M., Hassenzahl, M., Becker, M., Cürliş, D., Frackenpohl, T., Köhler, H., Ludwigs, K., Tippkämper, M. (2018). Mind the Gap: A Social Practice Approach to Wellbeing-Driven Design. *Mind the Gap*, 18.
- Kleinberg, J., Mullainathan, S., Raghavan, M. (2016). Inherent Trade-Offs in the Fair Determination of Risk Scores. *ArXiv:1609.05807 [Cs, Stat]*. <http://arxiv.org/abs/1609.05807> (Zugriff am 12.03.2020).
- Kludig, R., Friemer, A. (2020). Blended Learning in der ambulanten Pflege. Partizipative Gestaltung unter Berücksichtigung der Diversität von Pflegekräften. Kapitel 8 in diesem Band.
- Knauth, P. (2007). Schichtarbeit. In: Letzel, S., Nowack, D. (Hrsg.), *Handbuch der Arbeitsmedizin. Arbeitsphysiologie, Arbeitspsychologie, klinische Arbeitsmedizin, Prävention und Gesundheitsförderung* (S.1-30). Landsberg: ecomed Medizin.
- Königswieser, R., Exner, A. (2008). *Systemische Intervention. Architekturen und Designs für Berater und Veränderungsmanager*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Koning, C. (2014). Does self-scheduling increase nurses' job satisfaction? An integrative literature review. *Nursing Management*, 21(6), 24-28.
- Kotter, J. P. (1996). *Leading Change*. Boston: Harvard Business Review Press.
- Kotter, J. P., Schlesinger, L. A. (2008). *Choosing strategies for change*. <http://nielsen.wfdemo.com/uploads/files/ChoosingStrategiesForChange.pdf> (Zugriff am 18.03.2020).
- Kubek, V., Blaudzun-Lahm, A., Velten, S., Schroeder, R., Schlicker, N., Uhde, A., Dörler, U. (2019). Stärkung von Selbstorganisation und Autonomie der Beschäftigten in der Pflege durch eine digitalisierte und kollaborative Dienstplanung. In: Bosse, C., Zink, K. J. (Hrsg.), *Arbeit 4.0 im Mittelstand. Chancen und Herausforderungen des digitalen Wandels für KMU* (S.337-357). Berlin: Springer Gabler.
- Lohmann, A., Prümper, J. (2003). Der moderierende Einfluss direkter Partizipation auf den Zusammenhang zwischen wöchentlicher Arbeitszeit und psychischer Beanspruchung. In Fiesha, G., Timpe, K. P., Winterfeld, U. (Hrsg.), *Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit* (S. 377-341). Kröning: Asanger.
- Menzel, D., Günther, L. (2011). Nachhaltigkeit und strategisches Management in kleinen und mittleren Unternehmen. In: Meyer, J.-A. (Hrsg.), *Nachhaltigkeit in kleinen und*

- mittleren Unternehmen. Jahrbuch der KMU-Forschung und -Praxis 2011 in der Edition „Kleine und mittlere Unternehmen“, Bd.2011(S. 85-114). Lohmar: Eul.
- Prooijen, J. W. van. (2009). Procedural justice as autonomy regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96, 1166–1180. <https://doi.org/10.1037/a0014153> (Zugriff am 12.03.2020).
- Reckwitz, A. (2003). Grundelemente einer Theorie sozialer Praktiken: Eine sozialtheoretische Perspektive/Basic Elements of a Theory of Social Practices: A Perspective in Social Theory. *Zeitschrift Für Soziologie*, 282-301.
- Robertson, S., Robertson, J. (2013). *Mastering the Requirements Process, Getting Requirements Right*. Massachusetts: Addison Wesley.
- Smith, C. S., Folkard, S., Tucker, P., Evans, M. S. (2011). Work schedules, health, and safety. In: Quick, J. C., Tetrick, L. E. (Hrsg.), *Handbook of occupational health psychology* (S.185-204). Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Steimle, T., Wallach, D. (2018). *Collaborative UX Design*. Heidelberg: dpunkt.verlag.
- Tangirala, S., Ramanujam, R. (2008). Exploring Nonlinearity in Employee Voice: The Effects of Personal Control and Organizational Identification. *The Academy of Management Journal*, 51(6), 1189-1203.
- Vollmer, L. (2018). *Wie sich Menschen organisieren, wenn ihnen keiner sagt, was sie tun sollen*. Intrinsicify.me GmbH.

6 Digitale Patientendokumentationssysteme

Potenziale, Herausforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten

Monika Urban, Lena Schulz

Zusammenfassung

Digitale Patientendokumentationssysteme (PDS) gehören seit etlichen Jahren zu den wesentlichen digitalen Technologien, die als organisatorisches Veränderungsprojekt zunehmend Eingang in den bundesdeutschen Versorgungsstrukturen finden. Im Rahmen der stationären Pflege sollen sie die Pflegearbeit effektivieren, das operative Management der Einrichtungen erleichtern und die Versorgung gemäß den Qualitätsstandards sicherstellen. Der Artikel wendet sich neben diesen Potenzialen der digitalen PDS auch jenen nicht intendierten Effekten auf die Interaktionsarbeit zu, die eine gelingende Implementierung und gute Pflegearbeit erschweren können. Im Sinne einer reflektierten Technikgestaltung wird hierauf aufbauend eine lösungsorientierte Perspektive auf eine mögliche Gestaltung von ethischen, rechtlichen und habituellen Rahmenbedingungen eröffnet.

6.1 Einleitung

Der Einsatz digitaler Technologien verspricht die Arbeitsbedingungen in der professionellen Pflege zu verbessern und die Qualität der Pflege zu erhöhen. Dafür werden vor allem auf der institutionellen Mesoebene digitale Versorgungsstrukturen geschaffen, durch die das direkte pflegerische sowie medizinische Handeln nicht nur zukünftig sichergestellt, sondern sektorenübergreifend, qualitativ hochwertig, effizient und kostengünstig ausgerichtet werden soll (BMG 2017, S. 7; Gigerenzer et al. 2016, S. 26ff). Verbreitet sind bisher vorrangig solche Technologien, die Verwaltungsabläufe digitalisieren: In der ambulanten Pflege sind dies, neben Apps zur verbesserten Touren- und Pflegeplanung (siehe dazu auch Kap. 4 in diesem Band von Bleses/Busse), Systeme, die Schnittstellen optimieren, bspw. zwischen der stationären Versorgung und weiterführenden Versorgungsarrangements wie der Kurzzeitpflege. „[W]esentliche technische Innovation in der Pflegebranche“ (Hielscher et al. 2015, S. 86) sind außerdem digitale Patientendokumentationssysteme (PDS), die primär auf die innerbetriebliche Vernetzung abzielen, aber – je nach Kompatibilität der Programme – auch außerbetriebliche Schnittstellen anbieten können.

Auf den folgenden Seiten soll den Effekten der PDS als einem zentralen Veränderungsprojekt in der stationären Pflege (schwerpunktmäßig der Langzeitpflege) nachgegangen werden. Grundlegend ist hierbei die Frage, inwiefern sie die Arbeitsbedingungen und die Qualität der Pflege verändern: Welche Potenziale sowie Handlungsbedarfe lassen sich in Hinblick auf Rahmenbedingungen identifizieren? Für eine Beantwortung der Frage werden zunächst die Technologien vorgestellt. Im dritten Abschnitt folgt eine Skizze der Potenziale der digitalen PDS sowie der ethischen, rechtlichen und habituellen Herausforderungen, die aus den konkreten Praktiken mit ihnen resultieren. Hiervon ausgehend nimmt der vierte Abschnitt eine lösungsorientierte Perspektive auf die Gestaltung von Rahmenbedingungen für eine gelingende Einführung und gute Praxis ein. Der Artikel endet mit einem Fazit zu Chancen einer nachhaltigen Technikeinführung.

6.2 Digitale Patientendokumentationssysteme

Mit der im Juni 2019 verabschiedeten *Konzertierten Aktion Pflege* nehmen sich die zuständigen Ministerien u. a. mittelfristig die Umstellung auf digitale Datenverarbeitung bei Dokumentationen (neben den PDS auch die elektronische Pflegeakte sowie das Entlassmanagement) und Verordnungen vor, um der derzeitigen ‚Zettelwirtschaft‘ (BMG 2019, Abs. 17) ein Ende zu setzen. Ergänzend sichert das *Sofortprogramm Pflege* eine vierzigprozentige Kofinanzierung der Anschaffungskosten von entsprechender Technologie mit einer Kostenübernahme von bis zu 12.000 € pro Einrichtung zu.

Bislang sind digitale PDS vorrangig in vollstationären Einrichtungen implementiert, in denen ein Viertel der 2,86 Millionen nach dem Pflegeversicherungsgesetz als pflegebedürftig eingestuften Personen versorgt wird (Statistisches Bundesamt 2017, S. 1). In diesen Einrichtungen wird der zeitliche und organisatorische Aufwand für die Dokumentationsstätigkeit auf durchschnittlich 13 % der Gesamtarbeitszeit der Pflegefachpersonen veranschlagt, ein Anteil, der zugunsten pflegerischer Tätigkeiten verkürzt werden soll (BMG 2018).

Bei den hier eingesetzten digitalen PDS handelt es sich sowohl um on- sowie offline verfügbare Software, auf die über mobile Endgeräte – wie Tablets oder mobile Visite-Wagen – zugegriffen wird (Daum 2017, S. 20). Die gängigen Softwareprodukte sind im Sinne komplexer Systeme entwickelt (Rösler et al. 2018, S. 21), was bedeutet, dass pro Patient*in eine personalisierte Dokumentationsmaske eingerichtet wird. Hier werden ebenso bewohnerspezifische Funktionen und medizinische Informationen (Stammdaten, Verlaufsberichte, Formulare, Vitalwerte, Wunddokumentationen, Sturz- und Miktionsprotokolle etc.) als auch Daten über den Pflegeprozess (Anamnese, Diagnose, Pflegeziele, Pflegemaßnahmen etc.) eingepflegt und grafisch aufbereitet bzw. mit Funktionen verknüpft.

6.3 Chancen und Herausforderungen der digitalen PDS

Mit den digitalen PDS ist das Ziel verknüpft, dass in stationären Pflegeeinrichtungen bei den Pflegefachpersonen „Stresssituationen [...] reduziert werden, gleichzeitig betriebswirtschaftliche Vorteile in der Pflegeeinrichtung zum Tragen kommen“ (Beckmann 2018, S. 6). Es wird entsprechend davon ausgegangen, dass mit der Einführung der Technologie nicht einfach nur anstelle handschriftlicher Notizen eine unkomplizierte und strukturierte digitale Dokumentation tritt. Vielmehr werden Effekte auf drei Ebenen antizipiert:

1. Als Teilbereich des Gesundheitssystems sollen digitale PDS die Pflege effektivieren.
2. Einrichtungsbezogen sollen sie das operative Management erleichtern.
3. Digitale PDS sollen die akute Versorgung gemäß den Qualitätsstandards sicherstellen.

Anhand dieser drei Zielsetzungen werden im Folgenden die Potenziale digitaler PDS sowie die sich ergebenden Herausforderungen skizziert.

6.3.1 Effektivierung der Pflege

Inwiefern die Pflege durch digitale PDS effektiver werden kann, wird im Folgenden in Hinblick auf die Einführungsphase, mit Fokus auf das Zeitmanagement und die

Bedienbarkeit sowie unter Berücksichtigung der Pflicht zur Individualisierung der digitalen Pflegeplanung betrachtet.

Die Einführungsphase

In der Einführungsphase der digitalen PDS ist es zunächst notwendig, dass sich die Mitarbeiter*innen einarbeiten: Die Programme erfordern den Erwerb spezifischer, fach-fremder Kompetenzen. Pflegefachpersonen müssen sich diese über Schulungen oftmals außerhalb der eigentlichen Arbeitszeit aneignen. Im Idealfall sind die Lernprozesse in den Arbeitsalltag integriert, damit sich eine nachhaltige Technikkompetenz entwickeln kann (BGW 2017, S. 28). Für Fachkräfte, die in ihrer bisherigen Berufsbiografie kaum Erfahrungen mit digitalen Technologien gesammelt haben, bedeutet dies zumeist, sich eine generelle berufliche Medien- und IT-Kompetenz anzueignen, die über die Erfordernisse der konkreten einrichtungsspezifischen Software hinausreicht (BGW 2017, S. 7; Gruber 2012, S. 75). Damit stellt die Implementierung vor allem für jene Pflegenden einen Belastungsfaktor dar, die aufgrund geringer Medienkompetenz hohe Informationsdefizite besitzen (siehe dazu auch Friemer in diesem Band, Kap. 9).

Um die Softwareprodukte optimal in die Pflegeprozesse zu integrieren, erweist es sich als sinnvoll, Pflegefachpersonen mit ihrer Expertise hinsichtlich einrichtungsspezifischer Bedarfe und Prozesse in den Entwicklungsprozess einzubinden (BGW 2017, S. 91; vgl. auch Bleses/Busse, Kap. 4 in diesem Band). Außerdem entsteht in der Implementierungsphase ein administrativer Aufwand, der von hausinternen Mitarbeiter*innen übernommen werden kann: elektronische Bibliotheken zu Begriffen und Maßnahmen sind gemäß Expertenstandards anzulegen und einzubinden (Meyer/Fleischmann 2012, S. 301). Datenbanken, z. B. eine Medikationsdatenbank, müssen aufgebaut und verknüpft werden. Zudem sind Verzeichnisse mit Telefonnummern und Kontaktadressen, z. B. spezifische Ärztelisten, aber auch Kontaktdaten der Mitarbeiter*innen, von Therapeut*innen und Apotheken, anzulegen und dauerhaft zu pflegen. Insofern ist für die Aufgaben im Rahmen der Implementierung Arbeitszeit von Pflegefachpersonen und Verwaltungskräften einzuplanen.

Zeitmanagement und Bedienbarkeit

Auf eine effizientere Gestaltung der Pflegedokumentation zielte bereits das neue *Konzept zur Pflegedokumentation* im Rahmen des *Zweiten Pflegestärkungsgesetzes ab*: Mit der *Strukturierten Informationssammlung* (SIS) erfolgt eine umfassende Neuausrichtung der bisherigen Dokumentationspraxis. In der SIS werden die Informationen über eine pflegebedürftige Person nach Themenfeldern entlang einer übersichtlichen Matrix strukturiert. Der vierstufige Pflegeprozess wird hiernach entlang der persönlichen Perspektiven und Risiken der Pflegebedürftigen gestaltet. In der Dokumentation des Pflegeprozesses werden anschließend lediglich die Abweichungen von der zuvor festgelegten Grundpflege erfasst. Auch für die Qualitätsprüfungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) und der Heimaufsicht müssen alleinig die Maßnahmen zur Behandlungspflege abgezeichnet werden (PPM 2018, S. 8). Dies spart nicht nur Dokumentationsaufwand, es werden auch akute Veränderungen unmittelbar augenfällig. Durch diesen Perspektivwandel in der Dokumentationspraxis rücken die fachlichen Kompetenzen der Pflegefachpersonen in der individuellen Pflegeplanung und Gesundheitsförderung in den Vordergrund (PPM 2018, S. 7).

Die digitalen PDS transformieren zumeist die SIS in ein digitales Format (Rösler et al. 2018, S. 26) und erleichtern somit in einem weiteren Schritt die Pflegeplanung und -dokumentation (Hielscher et al. 2015, S. 10). Dabei ermöglicht manche Software als

additives Feature eine digitale Terminplanung, hat integrierte Erinnerungshilfen oder stellt Alarmfunktionen zur Verfügung. Auch erlauben Aufnahme- und Spracherkennungsprogramme das Hinzufügen gesprochener Protokolle (HIMSS 2015, S. 20).

Neben den neuen Optionen ergibt sich aus dem Erfordernis, die Dokumentation zeitnah vorzunehmen (Eintragungen besitzen Zeitmarker), eine stärkere Integration in die Pflegeprozesse. Hierfür benötigen die Einrichtungen ausreichend mobile Endgeräte, über die bei den Patient*innen vor Ort auf die Programme zugegriffen werden kann (Gruber 2012, S. 86; HIMSS 2015, S. 14; Rösler et al. 2018, S. 27). Zu vermeiden sind solche Programmlösungen, die keinen zeitgleichen Zugriff auf eine konkrete Personenmaske erlauben, denn gerade bei Neuaufnahmen kann es ansonsten zu Engpässen kommen, da sowohl Verwaltung als auch Pflegefachpersonen zeitnah auf die Maske zugreifen müssen.

Um eine möglichst störungsfreie Arbeit mit dem Programm zu erwirken, ist es hilfreich, Strategien in Bezug auf spontane Updates, das plötzliche Auftauchen von Dialogfenstern bzw. WLAN- oder Systemausfälle zu entwickeln (Rösler et al. 2018, S. 26f; HIMSS 2015, S. 14; Fehst/Siery 2016, S. 2). Ein standardisiertes Vorgehen, z. B. Unterbinden von Updates während der Tagesschicht und zeitnaher Übertrag von Daten nach dem WLAN-Ausfall, können verhindern, dass Leistungen und Informationen in Vergessenheit geraten, und Hemmnisse im Umgang mit den PDS abbauen (BGW 2017, S. 13).

Eine derzeitige Herausforderung stellt die eingeschränkte Interoperabilität der digitalen PDS mit weiteren digitalen Prozessen anderer Akteure des Gesundheitswesens dar. Diese erschwert möglicherweise die Abwicklung und droht Doppeldokumentationen zu befördern: z. B. im Fall von Leistungsnachweisen für die Behandlungspflege, die eines Handzeichens auf den Bewegungsförderplänen bedürfen, oder bei Medikationsplänen, aufgrund der erforderlichen Unterschrift von Ärzt*innen. Auch Bestellungen von Hilfsmitteln, die automatisiert aus digitalen PDS herausgelesen werden könnten, sind nicht unbedingt kompatibel mit Systemen externer Lieferdienste und entsprechend nicht ohne Weiteres exportierbar (Rösler et al. 2018, S. 24). In manchen Programmen sind deshalb Funktionen wie Scanner für die Integration analoger Dokumente (wie Medikationspläne, Logistik von Hilfsmitteln) eingebaut, um auf eine zweite (analoge) Archivierungsstruktur verzichten zu können (Daum 2017, S. 33; Hielscher et al. 2015; HIMSS 2015, S. 14, 20; Rösler et al. 2018, S. 25).

Die Arbeit mit digitalen PDS erfordert gerade von solchen Pflegenden eine erhöhte Konzentration, bei denen die fehlende Affinität zu digitalen Medien zusammenfällt mit schwach ausgeprägten Tippfertigkeiten. Da durch die digitalen PDS Änderungen und Streichungen nachvollzogen werden können, bieten sich benutzerfreundliche Systeme an, um Hemmnisse zu reduzieren (BGW 2017, S. 90). Auch Features wie Textbausteine und Maßnahmen- oder Interventionsvorschläge können das Anlegen und spätere Übertragen handschriftlicher Notizen vermindern. Schließlich ist auch eine integrierte Rechtschreibkorrektur und die erhöhte Leserlichkeit eines digitalen Textes geeignet, um Fehlerquellen zu begrenzen (HIMSS 2015, S. 12; Rösler et al. 2018, S. 24).

Darüber hinaus verweisen Studien darauf, dass sich durch die Potenziale digitaler Dokumentationssoftware neue Bedarfe seitens der Unternehmensleitung entwickeln, bspw. durch verschiedene Auswertungsfunktionen. Der Umfang der Dokumentation kann somit durch neue Nachfragen ausgedehnt sein (Hielscher et al. 2015, S. 11; Helfrich 2017, S. 34). Entsprechend lässt sich folgern, dass solche Ausweitungen zumindest stark begrenzt werden müssen, damit digitale PDS die angestrebte Zeitersparnis auch tatsächlich generieren (Hielscher et al. 2015, S. 11; HIMSS 2015, S. 14).

Individualisierte Dokumentation und Pflegeplanung

In den personalisierten Dokumentationsmasken stehen diverse Freitextfelder, Abfragen nach dem Checkbox-Prinzip, Textbausteine und grafische Aufbereitungen der erfassten Daten zu bewohnerspezifischen und medizinischen Informationen sowie über den Pflegeprozess zur Verfügung (Rösler et al. 2018, S. 24). Diese und zusätzliche Alarm- und Erinnerungsfunktionen können die Maßnahmenplanung erleichtern sowie durch datenbasiert generierte Maßnahmen- und Interventionsvorschläge die Pflegearbeit effektiver gestalten (Rösler et al. 2018, S. 24).

Eine Standardisierung gerät aber unter Umständen in Widerspruch dazu, individualisierte Pflegeplanung und -maßnahmen sichtbar machen zu müssen: Vorgefertigte Assessments können bzw. müssen daher fallabhängig individualisiert werden. Dies kann über Hinzufügen von Daten, aber auch durch Verändern und Ausdifferenzieren der Textbausteine geschehen. Beispielsweise können beim digitalen Risikoassessment, einer Matrix, die oftmals über die der SIS hinausreicht, individualisierte Schwerpunkte festgelegt oder nachfolgende Screenings und Assessments angeordnet werden (Hülksen-Giesler 2015, S. 125). Da sich – im Gegensatz zu den papiergestützten Dokumentationen – indes die Individualisierung als zusätzlicher Aufwand gestaltet, sollten geeignete Funktionen oder Freitextfelder vorhanden sein, damit der Aufwand gering ist und Informationen über gesundheitliche Entwicklungen nicht verloren gehen (Gruber 2012, S. 63f, 78f).

Ferner lässt sich resümieren, dass die Features das situative und explorative Pflegehandeln beeinflussen: Eine Maßnahmenplanung, die auf standardisierten Interventionsvorschlägen fußt, entfernt sich potenziell von der situativen Facheinschätzung der Pflegefachpersonen. Insofern besteht die Gefahr, dass digitale PDS die mit dem *Zweiten Pflegestärkungsgesetz* anvisierte Stärkung der Kompetenzen der Pflegefachpersonen unterminieren: Standardisierte Interventionen setzen hauptsächlich an körperlichen Merkmalen an und vernachlässigen damit jene Dimension der Pflege, die die Leiblichkeit adressiert, indem sie die Seite der sinnlichen, körperlich-leiblichen Wahrnehmung in die Entscheidungsfindung einbezieht. Anteilnahme, fürsorgende Hilfe und Unterstützung gehören zu der komplexen Dimension von Pflege, in der *Cure* (medizinische, pflegerische und therapeutische Maßnahmen zur Prävention, Kuration, Rehabilitation und Palliation) und *Care* (sorgende Aspekte der Pflege, Grundpflege und Förderung der sozialen Teilhabe) vereint sind (Hoberg et al. 2013, S. 11). Standardisierte Interventionen bedürfen entsprechend einer umfassenden Individualisierung, damit sie eine komplexe Beziehungs- und Gefühlsarbeit befördern und damit einer potenziellen Deprofessionalisierung entgegenwirken (Hülksen-Giesler 2015, S. 126).

Außerdem ist auf einen weiteren Nebeneffekt hinzuweisen: Features ermöglichen, die operationalisierbaren Daten, bspw. Diagnose und Pflegemaßnahmen, in Hinblick auf ihre Funktionalität auszuwerten (Gruber 2012, S. 37). Eine solche Berechnung von Effektivität kann die Qualität der Pflege erhöhen, sie kann aber auch Maßnahmen plausibilisieren, die von den fachlichen Einschätzungen der Pflegefachpersonen abweichen, bspw. wenn eine weniger effektive Maßnahme von Patient*innen favorisiert wird. Digitales Pflegemanagement muss entsprechend ausreichend Raum für weitere Praktiken qualitativ hochwertiger Pflege bereithalten, damit es nicht kontraproduktiv ist (Hülksen-Giesler/Krings 2015).

6.3.2 Operatives Management der Einrichtungen

Auf digitale PDS kann raum- und zeitunabhängig zugegriffen werden (HIMSS 2015, S. 12), was sich auf kommunikativer und organisatorischer Ebene auswirkt: Die folgenden

Ausführungen zeigen, was sich in der Interaktion zwischen den Pflegenden sowie zwischen den verschiedenen Akteuren, die in die Pflege und Versorgung von Patient*innen involviert sind, modifiziert. Folgen ergeben sich außerdem für die Arbeitsorganisation durch die Pflegedienstleitung und Unternehmensführung.

Kommunikation zwischen Pflegekräften

In digitale PDS integrierte Messenger machen die digitale Kommunikation zwischen einzelnen ebenso wie zwischen Gruppen von Pflegefachpersonen möglich. Nachfragen wie auch spezifische Hinweise können personalisiert und zielgerichtet platziert werden und Lesebenachrichtigungen stellen sicher, dass Informationen auch ihr Ziel erreichen (siehe dazu auch Bleses/Busse in diesem Band, Kap. 4).

Für Pflegefachpersonen bietet das digitale PDS zum Schichtbeginn eine Dokumentation, in der – im Idealfall – alle Informationen über gesundheitliche Entwicklung und Pflegemaßnahmen verfügbar sind (HIMSS 2015, S. 12). Damit leistet die Software etwas, was vormals papiergestützt und im Rahmen von Gesprächen zwischen Pflegefachpersonen erfolgte und damit raum- und zeitgebunden vollzogen wurde. Routinen der Dienstübergabe verändern sich infolgedessen: Ein erster Arbeitsschritt findet nun zumeist alleine am PC oder Tablet sitzend statt. Als zweiter Arbeitsschritt bedarf es weiterhin einer situativen Abstimmung im Sinne des bereits etablierten Übergabegesprächs: Begrifflichkeiten sowie die Einschätzung über geeignete Pflegemaßnahmenplanung sollten abgeglichen und der Spielraum für Fehlinterpretationen, der aus schriftlichen Dokumentationen resultieren könnte, reduziert werden (Hielscher et al. 2015, S. 11).

Außerdem erleichtert der Face-à-Face Austausch die Erfassung der komplexen Lebenslagen der Pflegebedürftigen, die ein digitaler Dokumentationsprozess mit seinen Textfeldern und Checkbox-Abfragen nur schwerlich abbilden kann (Rösler et al. 2018, S. 25): Eingeschränkt ist die Erfassung gemäß der digitalen Dokumentation nämlich dadurch, dass in den digitalen PDS vorrangig Aspekte der *Cure*-Seite aufgeführt sind, während solche der *Care*-Seite, wie Gemüt, Vorlieben oder Erwartungen der Patient*innen, nicht systematisch festgehalten werden. So wäre bspw. ein Sturzereignis aus digitalen PDS ablesbar, der Gemütszustand in den Tagen nach dem Sturz jedoch nicht. Solche Informationen, die sich schwer formalisieren lassen, aber wichtig für den Pflegeprozess sind, sollten – damit sie nicht verloren gehen – weiterhin mündlich übermittelt werden (Rösler et al. 2018, S. 25).

Interaktion zwischen den am Pflegeprozess Beteiligten

Der raum- und zeitunabhängige Zugriff auf umfangreiche Daten verändert die Interaktion aller am Pflegeprozess Beteiligten: Die Vernetzung zwischen den unterschiedlichen therapeutischen, medizinischen und pflegerischen Fachfachpersonen wie auch zwischen den verschiedenen Settings, Reha-Einrichtungen und Praxen kann die medienbruchfreie Übermittlung von Berichten und Diagnosen, abgestimmte Terminplanungen und automatisierte Anordnungen von Screenings oder Assessments erleichtern (BMG 2017, S. 52, 90; Gruber 2012, S. 71). Der jeweilige Zugriff auf die Patientendaten erlaubt ein aktuelles Bild vom Zustand der Patient*innen und entsprechend können passende Maßnahmen initiiert werden. Dies erübrigt Nachfragen, eine mühsame Informationssuche und hat folglich sowohl einen positiven Einfluss auf die Zusammenarbeit als auch auf die Behandlung selbst (Rösler et al. 2018, S. 24).

Voraussetzungen für diesen interprofessionellen Austausch sind einerseits verschiedene Zugänge für die diversen am Pflegeprozess Beteiligten. Diese können anhand von Passwörtern, digitalen Schlüsseln – wie Karten mit RFID-Chips – oder personalisierten Magnetschlüsseln realisiert sein (AWO 2014). Andererseits sind für den elektronischen Datenfluss zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen, Zulieferern und Kostenträgern passende Benutzeransichten zu schaffen, die abhängig von der Funktion der Beteiligten beschränkt sein können (BMG 2017, S. 64).

Auf der Ebene der technischen Voraussetzungen muss die Netzinfrastruktur allerdings auch eine sektorenübergreifende und interoperable Zusammenarbeit erlauben. Sichere Zugänge zu digitalen PDS müssen nicht nur für die Pflege, sondern auch für die Ärzteschaft geschaffen bzw. ausgebaut werden (BGW 2017, S. 30). Bisher verhindern sogenannte ‚Insellösungen‘ (BGW 2017, S. 13) oftmals die automatisierte Weitergabe von Anordnungen bspw. zwischen Einrichtung und Apotheken.

In der Konsequenz bedingt diese digitale Interprofessionalität eine einheitliche und damit unmissverständliche Fachsprache und entsprechende Prozessbezeichnungen (BMG 2017, S. 52; HIMSS 2015, S. 12). Eine standardisierte Klassifikation für Diagnosen und Pflegeprozesse löst somit Hauskataloge bzw. uneinheitliche Terminologien ab (Hübner 2010, S. 135).

Arbeitsorganisation und -kontrolle

Integrierte Optionen der digitalen PDS erlauben notierte Leistungen direkt in ein Abrechnungssystem zu transferieren (Ammenwerth et al. 2003, S. 104). Doppelabrechnungen werden so unterbunden (GKV-Spitzenverband 2018). Vorsicht ist hier aber insofern geboten, als PDS nur formalisierbare Leistungen sichtbar machen, nicht jedoch den gesamten Aufwand der *Care*-Arbeit. Um die Bedarfe aus der Perspektive einer pflegerischen Fachlichkeit zu berücksichtigen, sollten die (abrechenbaren) Leistungen keine Steuerungsrelevanz erlangen (Hülksen-Giesler 2015, S. 118, 126). Abfragen, die ‚Leerstellen‘ zwischen den *Cure*-Praktiken identifizieren, machen zumeist jenen Aufwand für *Care*-Praktiken erkennbar. Eine Kürzung an dieser Stelle würde dazu führen, Arbeitsprozesse in Hinblick auf Arbeitsverdichtung umzustrukturieren und die Kontaktzeiten zu mindern (Hülksen-Giesler 2015, S. 126; Rösler 2018, S. 8).

Außerdem machen die systematischen Datenerfassungen die Personalplanung anhand der Erhebung der erhobenen Pflegemaßnahmen in Echtzeit möglich. Transparent werden damit allerdings auch die Aktivitäten der einzelnen Arbeitnehmer*innen (Rösler 2018, S. 8): Einrichtungsleitungen können durch differenzierbare Abfragen einsehen, was von wem angeordnet und ausgeführt wird. Eine Neuerung ist einerseits, dass Bewegungs- und Arbeitsprofile im Sinne einer Leistungs- und Arbeitskontrolle erstellt werden können, die zu ‚gläsernen Mitarbeiter*innen‘ (Rösler et al. 2018, S. 27) führen. Andererseits kann der Umfang von Interventionen und Maßnahmen quantitativ erfasst werden und, bspw. in Gestalt farbiger Smileys umgesetzt, als unmittelbar sichtbare Leistungskontrolle aufbereitet sein. Solche quantitativen Bilanzierungen provozieren womöglich neue Konkurrenz zwischen Pflegenden und befördern potenziell Interventionen, die sich aufgrund einer Statistik – und nicht der Bedarfe – ergeben.

6.3.3 Versorgung gemäß Qualitätsstandards

Mit dem Einsatz digitaler PDS und ihren integrierten Features sind in mehrfacher Hinsicht Qualitätssteigerung und -sicherung intendiert: So ermöglichen die Softwareprogramme

eine umfangreichere Informationssammlung, aus der eine fundierte Pflegeplanung erwachsen kann (Hülsken-Giesler 2015, S. 126). Digitale PDS steigern die Versorgungsqualität auch, wenn die Programme nicht nur die angeordnete Behandlungspflege eindeutig dokumentierten, sondern entlang fein differenzierter Abfragen Lücken aufzeigen und Handlungsbedarfe frühzeitig identifizieren (Hielscher et al. 2015, S. 9ff).

In der Umstellungsphase von analogen auf digitale PDS kommt es unter Umständen zu Doppeldokumentationen (s.o.), die gemäß der *Qualitätsprüflinien* (QPR) zu vermeiden sind (PPM 2018, S. 3). Die QPR sehen auch vor, dass Interventionen gemäß den Expertenstandards durchgeführt werden (§ 113a SGB XI, MDS 2019, S. 13), wie solche zur Dekubitus- und Sturzprophylaxe, Wundversorgung, zum Ernährungs- und Schmerzmanagement. Diese sollten entsprechend in den Interventionsvorschlägen umgesetzt sein (GKV-Spritzenverband 2018; Rösler et al. 2018, S. 24). Mitunter wird es aktuell nötig sein, ein System daraufhin zu überprüfen, ob die entsprechenden QPR berücksichtigt sind. Pflegefachpersonen müssen entsprechend ggf. dezidierte Ergänzungen oder Anpassungen vornehmen.

Die digitalen PDS helfen, den gestiegenen Anforderungen gemäß dem *Pflege-Qualitätssicherungsgesetz* und den Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) sowie ggf. der Heimaufsicht gerecht zu werden (Helfrich 2017, S. 35). Beispielsweise müssen digitale PDS bei Qualitätsprüfungen die Umsetzung der fachlichen Qualitätsstandards sichtbar machen (MDS 2019, S. 8). Dafür müssen sie formale Kriterien erfüllen: Zum einen müssen Korrekturen und Fehleinträge nachvollziehbar sein. Maßnahmen müssen jeweils von einer Pflegekraft abgezeichnet werden. Für digitale PDS gilt entsprechend, dass eine Funktion umgesetzt sein muss, mit der sich die erbrachten Leistungen durch Mitarbeiter*innen digital und zeitnah abzeichnen lassen. Zum anderen sind die Datenbestände der letzten fünf Jahre nachzuweisen. Hierdurch ergibt sich ein Bedarf an sicheren, den Datenschutzverordnungen entsprechenden Speicherkapazitäten. Um all dies zu gewährleisten, sind Einrichtungen auf stabile Systeme und Infrastrukturen angewiesen. Sie benötigen ausreichend mobile Geräte und mehrfache Zugriffsmöglichkeiten, um eine zeitnahe Dokumentation sicher zu stellen (Hielscher et al. 2015, S. 9).

6.4 Gestaltungsoptionen der Digitalisierung

Die vorausgegangenen Ausführungen zeigen, dass und wie sich digitale PDS in zentralen Aspekten auf das Leistungssystem Pflege (Hülsken-Giesler 2015, S. 118) und dessen Organisationskulturen auswirken (Petrakaki et al. 2016). Ableitungen aus den oben skizzierten Veränderungsprozessen werden im Folgenden anhand von drei lösungsorientierten Perspektiven systematisiert: bezüglich der Konsequenzen aus der Delegation von Arbeitsaufgaben (6.4.1), der Anpassung der Technologieentwicklung (6.4.2) sowie einer Sensibilisierung für ethische und rechtliche Herausforderungen (6.4.3). Hierbei handelt es sich um Idealformen, die vor dem Hintergrund von Engpässen in der Versorgungsstruktur, Fachkräftemangel und begrenzten Refinanzierungsmöglichkeiten in der Praxis sicherlich Begrenzung erfahren müssen.

6.4.1 Delegation von Arbeitsaufgaben

Werden analoge Arbeitsschritte an digitale Technologien delegiert, ergeben sich neue Anforderungen an Pflegefachpersonen: Anfangs müssen sie fachfremde digitale Kompetenzen erwerben. Dafür bedarf es der Institutionalisierung von angemessenen Schulungen,

die nicht nur einmalig organisiert werden, sondern kontinuierlich neue Mitarbeiter*innen – und natürlich auch Leiharbeiter*innen – in die Lage versetzen, mit den Technologien informiert umzugehen. Darüber hinaus sind Fort- und Weiterbildungsoptionen nötig, um digitale Kompetenzen zu erlangen und zu erweitern. Diese müssen in einem Format in Qualität und Intensität angepasst, ggf. ergänzt um eLearning-Angebote – und Umfang angeboten werden, in dem sich Pflegefachpersonen auch kontextbezogenes Wissen langfristig aneignen können (siehe dazu auch Kludig/Friemer in diesem Band, Kap. 8). Zukünftige Fachkräfte sollten Grundlagenkenntnisse aus Technologieentwicklung, Informatik und Techniksoziologie bereits im Rahmen der Pflegeausbildung erwerben können (BGW 2017, S. 28, 91; Hülsken-Giesler 2015, S. 126).

Fortbildungsbedarf besteht jedoch nicht nur für die Pflege. Für eine interprofessionelle digitale Kommunikation müssen alle weiteren Akteure, z. B. Ärzt*innen, in die Lage versetzt werden, in ihrem Kompetenzbereich fachkundig mit Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) zu agieren (Schoeller 2019a). Der Einsatz von Technologien im Pflegeprozess bedingt insofern den Ausbau theoretischer und methodischer Weiterentwicklungen von Lehr- und Lernformaten, damit Innovationen nachhaltig in Versorgungsprozesse integriert werden können (Hülsken-Giesler 2015, S. 126). Förderlich können zudem Technikandems sein, in denen technikaffine Pflegekräfte als Multiplikator*innen jenen mit weniger ausgeprägten Kenntnissen längerfristig zur Seite stehen (Bleses et al. 2019, S. 114).

Außerdem stellen die hausinternen Anpassungen einen arbeitsintensiven administrativen Aufwand dar: Datenbanken und Schnittstellen müssen eingerichtet und gepflegt werden. Zusätzlich müssen die Softwareprogramme an die Prozesse in den Einrichtungen und die QPR angepasst und bei Bedarf überarbeitet werden. Für ein umfangreiches Fehlermanagement und die kontinuierliche Verbesserung der Systeme müssen Kapazitäten zur Verfügung gestellt werden, damit u. a. die Haftungsrisiken von Pflegefachpersonen reduziert werden können. Die Pflegefachpersonen wiederum müssen über zeitliche Ressourcen verfügen, um neue qualitätsorientierte Routinen zu entwickeln, die sich nachhaltig als Standardprozesse etablieren können (DKG 2018, S. 12).

Einrichtungen benötigen passgenaue Datenschutzkonzepte, mit denen Pflegefachpersonen – aber auch Ärzt*innen – Handlungssicherheit darüber erlangen, welche Daten sie z. B. über Messenger schicken und wie sie Informationen speichern können (Schoeller 2019b, S. 365). Die Maßstäbe hierfür setzt die DSGVO mit ihrer Anforderung an Vertraulichkeit im Umgang mit personenbezogenen Daten (BMG 2017, S. 28). Den Einrichtungen obliegt die Vermittlung zwischen verpflichtender Speicherung der Daten und der Absicherung gegenüber Datenverlust und Angriffen auf das System von Seiten Dritter (BMG 2017, S. 13, 28; Rösler et al. 2018, S. 26; HIMSS 2015, S. 14ff). Gleichzeitig sollten digitale Lösungen praktikabel sein, um optimale Pflegeleistungen zu ermöglichen (BMG 2017, S. 91; siehe dazu auch Breuer et al. in diesem Band, Kap. 7).

6.4.2 Anpassungen der Technologieentwicklung

Die *Konzertierte Aktion Pflege* (BMG 2019, Abs. 34) empfiehlt die Einbindung von Pflegekräften bei der Entwicklung und Einführung digitaler Technologien, um einerseits die Akzeptanz, andererseits die Praktikabilität der Technologien zu erhöhen. Eine solche partizipative Technikentwicklung wendet sich von der Zielsetzung ab, möglichst innovativ zu sein. Stattdessen steht eine Nutzer- und Alltagsorientierung bei der Entwicklung technischer Optionen im Mittelpunkt (BMG 2017, S. 8). Für die Umsetzung ist es erforderlich, dass Mitarbeiter*innen entsprechend freigestellt werden. Im Idealfall sind diese Frei-

stellungen längerfristig angelegt, damit die Pflegefachpersonen als Schnittstelle zwischen Belegschaft, Softwareunternehmen und Unternehmensführung die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit auch bei Nachjustierungen bewerkstelligen können (DKG 2018, S. 10; Hülsken-Giesler 2015, S. 126).

In die beteiligungsorientierte Technikentwicklung (siehe dazu Breuer et al. in diesem Band, Kap. 7) sollten idealiter die fachwissenschaftlichen Debatten einbezogen werden. Im Rahmen eines intersektoralen Dialogs zwischen Pflegepraxis, Pflegeforschung, Arbeitswissenschaften und Technikentwicklung ist beispielsweise zu überdenken, wie digitale Schnittstellen bspw. zwischen Pflege und Medizin gestaltet sein sollten (BMG 2017, S. 44). Richtungsweisend könnte bspw. das Bestreben wirken – wie auch in der *Konzertierten Aktion Pflege* formuliert (BMG 2019, Abs. 26) – die Pflege mit mehr Eigenverantwortung auszustatten und in der Zusammenarbeit mit Ärzt*innen zu stärken.

6.4.3 Ethische und rechtliche Herausforderungen

Mit der Implementierung von digitalen Technologien stellt sich immer auch die Frage nach ihrer Kontrolle (BGW 2017, S. 91; Urban 2016). Rechtliche Schwierigkeiten resultieren, erstens, aus der Datenverarbeitung: Die digitalen PDS basieren auf formalisierten Daten, auf deren Grundlage Auswertungen in Form grafischer Darstellungen, aber auch von Textbausteinen und Interventionsvorschlägen generiert werden. Zugrunde liegende Algorithmen sind zumeist nicht einsehbar und Interventionsvorschläge müssen entsprechend einer fachwissenschaftlichen Prüfung unterzogen und ggf. angepasst oder individualisiert werden (Hülsken-Giesler 2015, S. 125). Denn jegliche Entscheidungen in der Maßnahmenplanung können durch den MDK nachvollzogen werden und müssen sich auch im Nachhinein als begründet erweisen. Hier bedarf es entsprechend Zeit und Expertise für die Prüfung bzw. Überarbeitung der Interventionsvorschläge.

Zweitens lassen sich über digitale PDS Bewegungs- und Arbeitsprofile im Sinne einer Leistungs- und Arbeitskontrolle von Arbeitnehmer*innen erstellen (Rösler et al. 2018, S. 27). Solche Daten von Mitarbeiter*innen dürfen nicht uneingeschränkt generiert und gespeichert werden (siehe dazu Bury/Bleses in diesem Band, Kap. 11). Hier besitzen Arbeitnehmer*innen das Recht, über die betriebliche Mitbestimmung von Betriebsräten auf verbindliche Dienst- oder Betriebsvereinbarungen für die Datenverarbeitung hinzuwirken. Für die Arbeitsorganisation und Effektivierung betrieblicher Prozesse könnten zwar Auskünfte zu Personal- und Zeitbedarf erhoben werden, diese müssten aber Rechte von Beschäftigten berücksichtigen (Rösler et al. 2018, S. 25).

Drittens eröffnen die digitalen Datenerhebungen und Schnittstellen auch weitere Optionen der Einflussnahme fachfremder Interessen auf Pflegemaßnahmen (Hülsken-Giesler 2015, S. 125): Pflegeleistungen, die nicht in den PDS abgebildet werden, könnten sukzessive aus dem Leistungskatalog der professionellen Pflege ausgeklammert werden (BGW 2017, S. 59), wodurch vor allem die Sorgearbeit benachteiligt würde (Hülsken-Giesler 2015, S. 126). Eine potenzielle Reduktion der Kontaktzeiten und Verdichtung der *Care*-Arbeitsprozesse beeinflusst nicht nur die Qualität der Pflege, sondern auch die Arbeitsbedingungen und Zufriedenheit von Pflegekräften (Rösler 2018, S. 8; Hülsken-Giesler 2015, S. 126).

Ein vierter Aspekt ist, dass sich ethische Konflikte der Pflegefachpersonen verschärfen, wenn sich durch reduzierte Sorgearbeit die Lebensqualität der Pflegebedürftigen mindert (Remmers/Hülsken-Giesler 2011). Gleiches gilt auch, falls eine schnelle Taktung von Einsätzen an wechselnden Pflegebetten die Hygienestandards uneinhaltbar machen

(Hielscher et al. 2015, S. 9). Da die Gestaltung der Arbeitszeiten durch den Arbeitgeber auch der betrieblichen Mitbestimmung unterliegt, kann hier in mitbestimmten Betrieben entsprechend interveniert werden.

6.5 Fazit

Digitale Technologien verbessern nicht per se belastete Arbeitssituationen oder lösen den für die professionelle Pflege ausgerufenen Notstand (Urban 2019). Entsprechende gesundheitspolitische Grundannahmen im Rahmen von Technikeinführungen lassen sich vielmehr in eine Historie einordnen, in der die Pflege bereits seit den 1950er Jahren ein „spannungsreiches und ambivalentes Verhältnis“ (Friesacher 2010, S. 308) zur Technisierung einzelner Bereiche besitzt. In dieser Geschichte stehen sich Technikoptimist*innen, die eine funktionalistische Perspektive auf Innovationen pflegen, und Technikpessimist*innen, die in der Technik die Schwächung der Profession wittern, unvereinbar gegenüber (Hielscher et al. 2015, S. 8). Der hier vorliegende Artikel verlässt diese Dichotomie, indem er darstellt, *inwiefern* sich neue Potenziale sowie Herausforderungen durch digitale PDS ergeben und welche Rahmenbedingungen einer Mitgestaltung bedürfen.

Ein Rückblick auf die letzten Jahre zeigt, dass digitale PDS vielfache Potenziale bieten, Pflegefachpersonen im Berufsalltag darin zu unterstützen, arbeitsbedingte Gefährdungen zu minimieren, Prozesse zu effektivieren und Maßnahmen *guter Arbeit* zu implementieren, um länger gesund im Beruf bleiben zu können (Rösler 2018, S. 8). Um allerdings die Potenziale auszuschöpfen, müssen Technologien in diesem Sinne konzipiert und in die arbeitsorganisatorischen Prozesse integrierbar (Fuchs-Frohnhofen et al. 2018), den komplexen Akteurs- und Interessenslagen angepasst (BMG 2017, S. 57) sowie benutzerfreundlich designt sein (BGW 2017, S. 13).

Die Digitalisierung mittels digitaler PDS ist insofern ein *Veränderungsprojekt*, denn sie modifizieren die Interaktionsarbeit, verschieben Kompetenzen und erwirken die Nachfrage nach Regelungen (z. B. in Bezug auf Datenschutz und -nutzung). Eine reflektierte Technikentwicklung und partizipative Rahmengestaltung fördern die nachhaltige Akzeptanz der Digitalisierung (vgl. auch die Beiträge in diesem Band von Hielscher (Kap. 3) und Evans et al. (Kap. 10)).

Literatur

- Ammenwerth, E., Eichstädter, R., Schrader, U., Happek, T. (2003). EDV in der Pflegedokumentation. Ein Leitfaden für Praktiker. Hannover: Schlütersche.
- AWO (2014). Moderne Pflege, <http://www.awo-journal.de/moderne-pflege/> (Zugriff am 08.08.2019).
- Beckmann, L. (2018). Digitale Pflegedokumentation auf dem Prüfstand. Erster vergleichender Produkttest für die Altenpflege. BGW-Eigenverlag. https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medien_und_Service/BGW-test/BGW09-14-110-Digitale-Pflegedokumentation.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff am 18.08.2019).
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW Forschung) (2017). Pflege 4.0 – Einsatz moderner Technologien aus der Sicht professionell Pflegenden. Forschungsbericht. Paderborn: Bonifatius GmbH Druck.

- Bleses, P., Busse, B. (2020). Digitalisierung der Pflegearbeit in der ambulanten Pflege: Herausforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten guter Arbeitsqualität. Kapitel 4 in diesem Band.
- Bleses, P., Busse, B., Friemer, A., Behling, U., Kludig, R., Breuer, J., Philippi, L. (2019). Handlungsleitfäden für die Praxis. Digitalisierung personenbezogener sozialer Dienstleistungen, <https://kolegeprojekt.uni-bremen.de/handlungsleitfaden> (Zugriff am 07.08.2019).
- Breuer, J., Bleses, P., Philippi, L. (2020). Praxisorientierung und Partizipation. Schlüssel für Technikgestaltung in Veränderungsprojekten. Kapitel 7 in diesem Band.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2017). ePfleger. Informations- und Kommunikationstechnologie für die Pflege. Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit, https://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/BMG_ePfleger_Abschlussbericht_final.pdf (Zugriff am 05.08.2019).
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2018). Entbürokratisierung in der Pflegedokumentation. Informationen strukturiert sammeln – Pflege effizient planen und dokumentieren, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/entbuero-kra-tisierung.html> (Zugriff am 05.08.2019).
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2019). Konzertierte Aktion Pflege, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/konzertierte-aktion-pflege.html> (Zugriff am 03.07.2019).
- Bury, C., Bleses, P. (2020). Betriebliche und überbetriebliche Handlungs- und Regulierungsanforderungen in Veränderungsprojekten der Digitalisierung in der Langzeitpflege. Kapitel 11 in diesem Band.
- Daum, M. (2017). Digitalisierung und Technisierung in der Pflege in Deutschland. Aktuelle Trends und ihre Folgewirkungen auf Arbeitsorganisation, Beschäftigung und Qualifizierung. Stuttgart: I. C. gGmbH.
- Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) (2018). Lösungsansätze zur Verbesserung der Dokumentation der Arzneimitteltherapie im Krankenhaus auf Grundlage der Maßnahme [19] des Aktionsplans AMTS 2016–19, <https://www.ak-dae.de/AMTS/Aktionsplan/Aktionsplan-2016-2019/docs/M20-Loesungsansae-tze.pdf> (Zugriff am 19.08.2019).
- Evans, M., Ludwig, C., Gießler, W., Breuker, G., SCHEDA, W. (2020). Digitalisierung für die Altenpflege. „Lernreise“ als Instrument des betrieblichen Capacity-Buildings. Kapitel 10 in diesem Band.
- Fehst, P., Siery, D. M. (2016). Pflegedokumentation. Einsatz moderner Medien zur Verbesserung des Wissensmanagements in der Pflege. München: GRIN Verlag.
- Friemer, A. (2020). Digitale Technik droht? Bedroht? Wirklich nur? Kompetenzentwicklung in Veränderungsprojekten. Kapitel 9 in diesem Band.
- Friesacher, H. (2010). Pflege und Technik – eine kritische Analyse. *Pflege & Gesellschaft* 15(4), 293-313.
- Fuchs-Frohnhofer, P., Blume, A., Ciesinger, K.-G., Gessenich, H., Hülsken-Giesler, M., Isfort, M., Jungtäubl, M., Kocks, A., Patz, M., Wehrich, M. (2018). Memorandum „Arbeit und Technik 4.0 in der professionellen Pflege“, <http://www.memorandum-pflegearbeit-und-technik.de/files/memorandum/layout/js/Memorandum%2011-2018.pdf> (Zugriff am 19.08.2019).

- Gigerenzer, G., Schlegel-Matthies, K., Wagner, G. G. (2016). Digitale Welt und Gesundheit. eHealth und mHealth – Chancen und Risiken der Digitalisierung im Gesundheitsbereich. Berlin: Sachverständigenrat für Verbraucherfragen beim Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz.
- GKV-Spitzenverband (2018). Expertenstandards nach § 113 a SGB XI, https://www.gkv-spitzenverband.de/pflegeversicherung/qualitaet_in_der_pflege/experten_standards/expertenstandards.jsp (Zugriff am 21.07.2019).
- Gruber, U. (2012). Einfluss der EDV-Dokumentation auf die Qualität des Pflegeprozesses aus der Sicht von Pflegenden, Diplomarbeit, University of Vienna. Fakultät für Sozialwissenschaften, <http://othes.univie.ac.at/24321/> (Zugriff am 21.07.2019).
- Helfrich, R. (2017). Digitalisierung und Technisierung der Pflege in Deutschland. Aktuelle Trends und ihre Folgewirkungen auf Arbeitsorganisation, Beschäftigung und Qualifizierung. Hamburg: DAA-Stiftung Bildung und Beruf.
- Hielscher, V. (2020). Digitalisierungsprozesse und Interaktionsarbeit in der Pflege. Kapitel 3 in diesem Band.
- Hielscher, V., Nock, L., Kirchen-Peters, S. (2015). Technikeinsatz in der Altenpflege. Potenziale und Probleme in empirischer Perspektive. Baden-Baden: Nomos.
- HIMSS (2015). Auf den Spuren der Zeitdiebe im Krankenhaus: Die wahre Belastung durch Dokumentation an deutschen Akutkrankenhäusern wird unterschätzt. Berlin: Eigenverlag.
- Hoberg, R., Klie, T., Künzel, G. (2013). Strukturreform Pflege und Teilhabe. Politikentwurf für eine nachhaltige Sicherung von Pflege und Teilhabe. Freiburg: Fel-Verlag.
- Hübner, U. (2010). Pflegeinformatik: Mehrwert für die Versorgung von Patienten. Deutsches Ärzteblatt 107(4), 134-136.
- Hülken-Giesler, M. (2015). Technische Assistenzsysteme in der Pflege in pragmatischer Perspektive der Pflegewissenschaft. Ergebnisse empirischer Erhebungen. In: Weber, K., Frommeld, D., Manzeschke, D., Fangerau, H. (Hrsg.), Technisierung des Alltags. Beitrag für ein gutes Leben? (S.117-130). Stuttgart: Frank Steiner Verlag.
- Hülken-Giesler, M., Krings, B. J. (2015). Technik und Pflege in einer Gesellschaft des langen Lebens. Technikfolgenabschätzung – Theorie und Praxis (TATuP), 24(2), 4-11.
- Kludig, R., Friemer, A. (2020). Blended Learning in der ambulanten Pflege. Partizipative Gestaltung unter Berücksichtigung der Diversität von Pflegekräften. Kapitel 8 in diesem Band.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) (2019). Die neuen Qualitätsprüfungen in der vollstationären Pflege, https://www.mds-ev.de/fileadmin/dokumente/Publicationen/SPV/PV_Qualitaetspruefung/19-08-13_QPR-stationaer-Fachinfo_PDF_UA.pdf (Zugriff am 14.08.2019).
- Meyer, J., Fleischmann, N. (2012). Der Einfluss von IT auf die Qualität der Pflegedokumentation. Pflegewissenschaft (5), 299-302.
- Petrakaki, D., Klecun, E., Cornford, T. (2016). Changes in healthcare professional work afforded by technology: The introduction of a national electronic patient record in an English hospital. Organization 23(2), 206-226.

- Pro PflegeManagement Verlag, Akademie (PPM) (2018). Pflegedokumentation. Erfüllen Sie alle formalen Aspekte der Pflegedokumentation? Bonn: Verlag für die Deutsche Wirtschaft AG.
- Remmers, H., Hülsken-Giesler, M. (2011). E-Health Technologies in Home Care Nursing: Recent Survey Results and Subsequent Ethical Issues. In: Ziefle, M., Röcker, C. (Hrsg.), Human-Centered Design of E-Health Technologies. Concepts, Methods and Applications (S.154-178). Hersey, P.A.: IGI Global.
- Rösler, U. (2018). Chancen und Risiken aus Sicht des Arbeitsschutzes. Digitale Technologien in der Professionellen Pflege. *baua: Aktuell* 2(2), 8.
- Rösler, U., Schmidt, K., Merda, M., Melzer, M. (2018). Digitalisierung in der Pflege. Wie intelligente Technologien die Arbeit professionell Pflegender verändern. Berlin: Geschäftsstelle der Initiative Neue Qualität der Arbeit. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Schoeller, A. (2019a). Qualifizierungen von Ärztinnen und Ärzten in der Telemedizin. *ASU Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed.* 54, 370-371.
- Schoeller, A. (2019b). Telemedizin: Aufbruch in das digitale Zeitalter. *ASU Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed.* 54, 362-366.
- Statistisches Bundesamt (2017). Knapp 2,9 Millionen Pflegebedürftige im Dezember 2015 [Pressemitteilung], https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressemitteilungen/2017/01/PD17_017_224.html (Zugriff am 15.08.2019).
- Urban, M. (2016). Der Auftritt der ePatienten oder: Die digitale Revolution des Gesundheitssystems. In: Dollinger, B., Schmidt-Semisch, H. (Hrsg.), *Sicherer Alltag* (S.255-271). Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- Urban, M. (2019). „Kompetenzen einbringen“, Interview zur Digitalisierung in der Pflege, in: *BAM – Das Magazin der Arbeitnehmerkammer Bremen*, Ausgabe Mai/Juni 2019, 14.

Teil III

Technikgestaltung für die Praxis: Nutzerorientierung und Datenschutz

7 Praxisorientierung und Partizipation

Schlüssel für Technikgestaltung in Veränderungsprojekten¹³

Jens Breuer, Peter Bleses, Luka Philippi

Zusammenfassung

Technikgestaltung und -einführung gelingen umso erfolgreicher, je höher die Akzeptanz in der Praxis ist. Eine beteiligungs- und praxisorientierte Technikgestaltung ist ein wesentlicher Schritt zur Erhöhung dieser Akzeptanz. Die Entwicklung und die Einführung einer Kommunikations- und Lern-App in der ambulanten Pflege wurden als ein solches partizipatives Veränderungsprojekt gestaltet. Der Praxiseinbezug gestaltete sich dabei als anspruchsvoll, aber hilfreich. Eine zentrale Frage war, wie die neue digitale Technik so umgesetzt werden kann, dass diese nicht nur einer effizienteren Organisationsgestaltung dient, sondern aus Sicht der Pflegekräfte auch als Mittel zur Verbesserung ihrer Arbeitsqualität bewertet werden kann. Dazu wurde eine Vielzahl von Anforderungen beobachtet, diskutiert, destilliert und bewertet. Unter der Beachtung diverser Rahmenbedingungen fokussiert die App Kommunikations-, Informations- und (Weiter-)Lernbedarfe, wobei Nutzerfreundlichkeit und Datenschutz zwei zentrale Aspekte sind. Der Analyse-, Entwicklungs-, Erprobungs- und Evaluationsprozess ist bei beteiligungsorientierter Technikgestaltung langwierig – die daraus resultierenden Veränderungen werden in der Praxis aber besser akzeptiert und angewendet.

7.1 Einführung

Wie im Beitrag von Bleses et al. in diesem Band (Kap. 2) beschrieben, gehören die ambulante und die stationäre Langzeitpflege zu jenen Tätigkeitsfeldern, in denen digitale Technik in der Arbeit bis vor kurzem in zweierlei Hinsicht noch eine vergleichsweise geringe Rolle spielte: Erstens hatte sie im Vergleich zu anderen Branchen einen geringen Verbreitungsgrad, zweitens lag und liegt Arbeit mit digitaler Technik nicht im Fokus der berufskulturellen Orientierungen und damit der verbreiteten Vorstellungen von sinnerfüllter Arbeit der Pflegekräfte. Bei Pflegekräften stehen vielmehr die Interaktionsbeziehungen mit den Patient*innen und Bewohner*innen im Mittelpunkt – und damit alles, was es an pflegefachlichem und erfahrungsgeleitetem Wissen bedarf, um in ihren Augen gut pflegen zu können.

Für die Technikgestaltung ist der zweite Aspekt fast noch wichtiger als der Verbreitungsgrad digitaler Technik in der Langzeitpflege. Zwar bedeutet eine geringe Verbreitung mutmaßlich auch eine geringe Einübung im Umgang mit digitaler Technik im Arbeitsalltag. Dies lässt sich jedoch durch zielgruppenorientierte, praxisnahe oder -integrierte Trainings noch vergleichsweise einfach bewältigen. Technikferne Leitbilder in der berufskulturellen

¹³ Dieser Beitrag beruht auf den Ergebnissen des vom BMBF und ESF geförderten Verbundprojekts KoLeGe („Interagieren, Koordinieren und Lernen – Chancen und Herausforderungen der Digitalisierung in der ambulanten Pflege“, gefördert vom 1. September 2016 – 31. Dezember 2019, FKZ: 02L15A010-02L15A014).

Prägung sind hingegen ‚echte Hürden‘, die bewältigt werden wollen. Denn hier schlummern individuelle wie kollektive Widerstandspotenziale gegen die Einführung digitaler Technik in den Berufsalltag und deren selbstverständliche Nutzung. Für eine erfolgreiche Einführung benötigt digitale Technik aber Akzeptanz und Aneignung bei den Pflegekräften. Dazu bedarf es einer Kompetenzentwicklung seitens der Pflegekräfte (siehe den Beitrag von Friemer in diesem Band, Kap. 9). Dieser individuelle Prozess kann allerdings durch eine beteiligungsorientierte Organisations- und Technikgestaltung unterstützt werden.

Während eine beteiligungsorientierte Organisationsgestaltung mittlerweile kein Fremdwort mehr für die erfolgreiche Bewältigung von Veränderungsprojekten ist, gilt das für eine beteiligungsorientierte Technikgestaltung noch nicht. Allerdings kann die Art und Weise, wie Technik entwickelt und wie Pflegekräfte in den Entwicklungsprozess einbezogen werden, viel zu deren Akzeptanz und Aneignung in der Praxis beitragen (Müller 2018). Dabei handelt es sich nicht um einen Kurz-, sondern um einen Langstreckenlauf. In diesem müssen im Rahmen eines achtsam gestalteten Veränderungsprojekts (Becke et al. 2013) organisatorische Konzepte der Einführung und Praxis digitaler Technik und die Technikgestaltung zusammenwirken. Im Kern steht dabei die Aufgabe, die Nutzer*innen im Veränderungsprojekt Digitalisierung der Arbeit dort abzuholen, wo sie stehen, und dorthin zu begleiten, wo sie hinmüssen, um digitale Technik erfolgreich – also sinnerfüllt – in ihr Arbeitshandeln integrieren zu können. Und dafür muss zunächst der potenzielle Nutzen und Sinn der Arbeit mit digitaler Technik für die Pflegekräfte identifiziert werden.

Dieser Beitrag geht am praktischen Beispiel der sog. KOLeGE-App, also einer im Rahmen des Verbundprojekts KOLeGE für die ambulante Pflege entwickelten Kommunikations- und Lern-Software, der Frage nach, was diese Aufgabenstellung für die Technikgestaltung bedeutet. Folgende Aspekte werden dabei in den Fokus gerückt:

- das partizipative Verfahren der Technikgestaltung (7.2),
- die Anforderungen an die Technik aus Praxissicht (7.3),
- die Entwicklung des Produkts hinsichtlich seiner Nutzerfreundlichkeit, Praxistauglichkeit und Verlässlichkeit (auch hinsichtlich des Datenschutzes) (7.4) sowie
- die Erfahrungen des Forschungs- und Entwicklungsprozesses sowie die daraus zu ziehenden Schlussfolgerungen für die Technikgestaltung (7.5).

7.2 Partizipative Technikentwicklung im Veränderungsprojekt

Im Forschungs- und Entwicklungsprojekt KOLeGE war von Beginn an eine partizipative Vorgehensweise über alle Projektphasen hinweg geplant, in deren Rahmen nicht nur Praxis-, Entwicklungs- und Wissenschaftspartner zusammenarbeiten, sondern zudem auch die Beteiligung aller Gruppen in der Praxis (Führungskräfte, Beschäftigte, Funktionsträger*innen und – soweit vorhanden – Mitarbeitervertretungen) angestrebt wird. Dieses Vorgehen beruht wesentlich auf dem ‚Bremer Ansatz‘ der praxisintegrierten Arbeitsforschung (Bleses et al. 2018), die das gemeinsame Vorgehen als Basis wechselseitiger Lernprozesse von Praxis-, Entwicklungs- und Wissenschaftspartnern konzipiert, um damit sowohl das Praxiswissen der Beschäftigten als auch die Beschäftigten selbst als Subjekte in den Forschungs- und Entwicklungsprozess einzubeziehen (siehe auch den Beitrag von Bleses/Busse in diesem Band, Kap. 4).

Für die Technikgestaltung (nicht nur) in der Pflege bedeutet ein partizipatives Vorgehen noch immer neues und damit etwas unsicheres Terrain (zum Überblick über partizipative

Technikentwicklung vgl. Kucharski/Merkel 2018). Auch deshalb wurde gleich zu Projektbeginn ein gemeinsames Vorgehen der Partner aus Arbeitswissenschaft (siehe auch den Beitrag von Bleses/Busse in diesem Band, Kap. 4), Lernkonzeptentwicklung (siehe auch den Beitrag von Kludig/Friemer in diesem Band, Kap. 8) und Technikentwicklung in der Praxis über den gesamten FuE-Prozess (Analyse-, Entwicklungs-, Erprobungs-, Evaluationsphase) vereinbart. Erstens sollte den Praxispartnern auf diese Weise der Zusammenhang zwischen den verschiedenen Projektzielen (Organisationskonzept, Lernkonzept, Technikentwicklung für ‚gutes‘ digital gestütztes Arbeiten in der ambulanten Pflege) vermittelt werden. Zweitens sollten sich die verschiedenen disziplinären Zugänge wechselseitig ergänzen und befruchten, weil Fragen der Arbeits- und Lernorganisation unmittelbar mit der umzusetzenden Technik zusammenhängen. Drittens sollte der Technikentwicklung eine Handlungsorientierung gegeben werden, an die sich sie sich anknüpfen konnte.

Nach der Analysephase stellte sich heraus, dass ein streng phasenbasierter Prozess der Entwicklung, Erprobung und Evaluation der Kommunikations- und Lern-App (im Folgenden kurz: KOLeGE-App) sowie der damit korrespondierenden Organisations- und Lernkonzepte nicht praxisgerecht war (Bleses et al. 2018) – insbesondere auch nicht hinsichtlich der Technikgestaltung: Erstens wegen der motivationsarmen ‚Durststrecke‘ in der Dauer der Entwicklung (also der Zeit, bis die Praxisakteure etwas zum Ausprobieren in die Hände bekommen), zweitens wegen des organisatorischen Umsetzungs- und akteursbezogenen ‚Aneignungsaufwands‘. So wurde ein iteratives Vorgehen vereinbart, in dem zunächst die Kommunikationsfunktionen der App fertiggestellt und erprobt sowie anschließend die Lern-Funktionen sowie die beispielhaften Lerninhalte entwickelt und erprobt werden sollten. Auf diese Weise wurden die FuE-Phasen inhaltlich in kleinere Schritte unterteilt.

Der Praxiseinbezug erwies sich für die Technikentwicklung ebenso anspruchsvoll wie hilfreich:

- Anspruchsvoll, weil in der Praxis erst einmal Vertrauen hergestellt werden musste, dass sich der Technikpartner – im Rahmen technischer Machbarkeit und verfügbarer Ressourcen – tatsächlich vorwiegend an dem orientiert, was sich die Praxis an technischer Unterstützung wünscht, um besser arbeiten zu können. Zudem ist Praxisbezug einfach gesagt, aber nicht einfach herzustellen, weil die Praxis in der ambulanten Pflege in verschiedener Hinsicht stark ausdifferenziert ist (siehe auch den Beitrag von Kludig/Friemer in diesem Band, Kap. 8), z. B. in verschiedene Hierarchie- und Qualifikationsgruppen, in verschiedene Altersgruppen und Funktionsträger*innen – und schließlich auch in verschiedene Technikaffinitäten. Und eine starke Heterogenität bedeutet für die nutzergerechte Technikgestaltung im Umkehrschluss eine aufwendigere Analyse und variantenreichere Umsetzung.
- Hilfreich erstens, weil die Beteiligung der Pflegebeschäftigten Türen öffnen kann, die sonst geschlossen bleiben. Zweitens profitiert die Technikentwicklung unmittelbar von den Praxiswünschen und -rückmeldungen. Es kann dadurch einigermaßen sichergestellt werden, dass nur das umgesetzt wird, was die Praxis als sinnvoll erachtet. Drittens kann auch die Technikentwicklung der Praxis schon während der Ideenentwicklung vermitteln, was technisch und mit welchem Aufwand möglich und damit unterschiedlich schnell bzw. im Rahmen eines mit begrenzten Ressourcen ausgestatteten Projekts auch gar nicht umsetzbar ist. Damit sinkt auch die Enttäuschungsanfälligkeit, die ein fehlender Einblick in die technische Umsetzbarkeit oft auf Nutzer*innenseite mit sich bringt („Warum wurde diese gute Praxisidee nicht umgesetzt?“):

Nicht nur die Technikentwicklung lernt von der Praxis, auch die Praxis lernt von der Technikentwicklung.

Von der Technikentwicklung wurden im KOLeGE-Projekt entsprechend dem gemeinsamen Vorgehen auch die gleichen Methoden zur Analyse, Entwicklung, Erprobung und Evaluation eingesetzt (insbesondere: teilnehmende Beobachtung der verschiedenen Tätigkeitsgruppen in Verwaltung und Pflegepraxis, Expertengespräche, Analyse- und Entwicklungs-Workshops mit unterschiedlichen Gruppen, Einzel- und Gruppengespräche zur Evaluation, Fragebogen zur Ermittlung technischer Kompetenzen bzw. Affinitäten). Die Entwicklungsschritte wurden ebenso wie die Erprobungsschritte immer mit Reflexionsschleifen in der Praxis gegangen, die zur formativen Evaluation dienen (vgl. auch das „hybride Modell“ der Softwareentwicklung: Sandhaus et al. 2014, S. 53ff.). Gefragt wurde z. B.: Ist das Design praxisgerecht? Sind die Funktionen so umgesetzt, wie das von der Praxis angedacht war? Sollten Funktionen ergänzt werden?

7.3 Anforderungen aus der Praxis an eine Kommunikations- und Lern-App in der ambulanten Pflege

Die Analyse der Bedarfe an die Kommunikations- und Lern-App startete nicht voraussetzungslos und ohne Vorannahmen. Tatsächlich folgte das KOLeGE-Projekt auf ein vom BMBF und ESF gefördertes Vorgängerprojekt (ZUKUNFT:PFLEGE), in dem es um *nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit* in der ambulanten Pflege ging (Bleses/Jahns 2016). In diesem Projekt wurden bereits die Arbeitssituation und die besonderen Anforderungen für eine gute Arbeitsqualität in der Pflege analysiert. Als besonders herausfordernd erwiesen sich vor allem folgende Punkte:

- Vorherrschende Alleinarbeit im Zuhause räumlich verteilter Patient*innen bedingt, dass bei Unsicherheiten oder besonderen Herausforderungen im Pflegehandeln meist keine (schnelle) Hilfe vor Ort verfügbar ist
- Hohe Kommunikations- und Informationsanforderungen auf vielen, zum Teil unsicheren Kommunikationswegen, die mit Unsicherheiten einhergeht, ob alle Informationen erhalten oder sicher vermittelt wurden
- Zum Teil schwierige Kommunikationssituationen in den Pflegezentralen z. B. bei der Übergabe (viele Übergaben gleichzeitig, keine persönliche Übergabe außerhalb der Bürozeiten möglich)
- Übergabe der Pflegeinformationen über ‚Bande‘ (Pflegezentrale) und meist nicht direkt zwischen Pflegekräften, die für die gleichen Patient*innen zuständig sind, weil sich die Pflegekräfte zwischen den Schichten – anders als in der stationären Langzeitpflege – nicht persönlich begegnen
- Häufiges Einspringen für ausfallende Kolleg*innen auf den Pflgetouren
- Bedienung von Technik (PC und Smartphone) seitens der Pflegekräfte zum Teil ohne Vorkenntnisse
- Anforderungsreiche Lernorganisation für die Verwaltung bzw. Pflegedienstleitung aufgrund geringer verfügbarer Zeitbudgets der Organisation und der Pflegekräfte
- Schwierige Lernsituation für die Pflegekräfte in Fortbildungen (60 – 90 Minuten) in der Pflegezentrale meist am Mittag vor oder nach einer Pflgetour
- Hohe Diversität durch unterschiedliche Qualifikationsgruppen (examinierte Kranken- und Altenpflegekräfte, Kranken- sowie Altenhilfs- und -assistenzkräfte) mit unter-

schiedlichen Einsatzmöglichkeiten, Fachkenntnissen und Kommunikationskompetenzen

Aus dieser Herausforderungssituation wurden bereits im Vorfeld übergreifende Aufträge für die verschiedenen Teilvorhaben des Projekts abgeleitet. Für die Technikentwicklung war klar, dass die hohen Anforderungen in den Bereichen Kommunikation, Lernen und Informationsbereitstellung mit digitaler Unterstützung mittels einer App bearbeitet werden sollten. Die Gestaltung der App sollte sowohl eine effizientere Organisationsgestaltung ermöglichen und gleichermaßen als Instrument zur Verbesserung der Arbeitsqualität von Pflegekräften beitragen.

Dazu wurden bei den Praxispartnern vor allem folgende Punkte analysiert:

- Welche digitalen und analogen Kommunikationswege werden tatsächlich in der ambulanten Pflege zwischen den Pflegekräften und zwischen ihnen und der Pflegezentrale genutzt? Wie sind diese aufeinander abgestimmt? Welche funktionieren gut und verlässlich? Wo gibt es Veränderungsbedarfe durch digitale Unterstützung?
- Welche weitere digitale Unterstützung wünschen sich die Pflegekräfte außer der laufenden Kommunikation auf ihren Touren? Wie könnte das in einer App umgesetzt werden (z. B. Informationen zu Pflegehandlungen oder Notfallsituationen, auf die unterwegs schnell zugegriffen werden kann)?
- Wie ist das bisherige betriebliche Fortbildungsprogramm organisiert? Was eignet sich für eine digitale Unterstützung? Und wie kann diese technisch so umgesetzt werden, dass sie die Pflegekräfte beim Lernen sowie die Pflegedienstleitungen bei der Planung des Lernprogramms unterstützt?
- Wie kann eine App insgesamt so gestaltet sein, dass sie – bei sehr unterschiedlichen technischen Vorerfahrungen der Nutzer*innen sowie unterschiedlichen sprachlichen und kommunikativen Fähigkeiten einfach zu nutzen ist?
- Wie kann die App gestaltet werden, damit sie zumindest innerbetrieblich weitere, kooperierende soziale Dienstleistungen (z. B. die Hauswirtschaft oder den Hausnotruf) in den Kommunikationsfluss einbeziehen kann?

Kommunikation

Es stellte sich heraus, dass tatsächlich sehr viele Wege zur Kommunikation unter den Pflegekräften und mit der Pflegezentrale genutzt werden, insbesondere:

- Zettel in Fächern der Pflege- oder Verwaltungskräfte
- Übergabeformulare
- persönliche Übergabe (Face-to-Face) nach dem Frühdienst
- Übergabe per Telefon
- Pflegedokumentation
- Übergabebuch
- Gespräche mit anderen Pflegekräften während der individuellen Tourvorbereitung (v. a. beim Frühdienst)
- Tourenplan in der Branchensoftware (wenn bereits ein damit ausgerüstetes MDA mitgeführt wird), in der seitens der Pflegezentrale (anders als auf papiergebundenen Plänen) auch aktuelle Informationen zu Patient*innen vermerkt sein können

Da sich insbesondere die Kommunikationssicherheit (datengeschützter, verlässlicher Informationsaustausch) als verbesserungsfähig abzeichnete, wurden verschiedene diesbezügliche Wünsche geäußert. Zudem sollten dringende Informationen über Patient*innen

auch von der Tour aus schnell in die Pflegezentrale übermittelt werden können (z. B. Medikamentenbestellungen, Versorgungsabsagen für den kommenden Tag).

So war ein zentraler Wunsch der Pflegekräfte, Übergabeinformationen möglichst immer (also nicht nur in der Pflegezentrale oder bei den Patient*innen in der Dokumentationsmappe) verfügbar zu haben, um sich auf den Einsatz vor Ort vorbereiten zu können. Damit sind nicht nur pflegebezogene Informationen in der Dokumentation gemeint, sondern vor allem solche, die darüber hinaus wichtig sind (z. B. Stimmung von Patient*innen und Angehörigen, Besonderheiten bei Patient*innen oder in der Pflegewohnung vor Ort, auf die zu achten sind).

In einem der beteiligten Pflegeunternehmen wurde es als sehr nützlich erachtet, das dort genutzte Übergabebuch zu digitalisieren, um immer und schnell auf die Informationen zugreifen zu können – gerade auch, wenn man zuvor längere Zeit krank oder im Urlaub gewesen sei. Die erweiterten Funktionen technischer Geräte (z. B. die Filterung nach Patient*innennamen oder nach Touren), würden die Möglichkeiten eines analogen Übergabebuches deutlich übersteigen. Man könne zudem sehr schnell auf die gesuchten Informationen zugreifen.

Resümierend stellten die Pflegekräfte bei beiden Praxispartnern fest, dass sie sich keine allein digitale Kommunikation wünschen oder auch nur vorstellen können. Gerade der persönliche Austausch mit der Pflegedienstleitung und mit Kolleg*innen über Patient*innen und deren pflegerische Bedarfe wurde als unverzichtbar erachtet. Digital gestützte Kommunikation könne aber in den vielfältigen Situationen helfen, in denen der persönliche Austausch nicht möglich sei.

Digital gestützte Fortbildung

Die Analyse der Fortbildungssituation ergab, dass die Pflegekräfte keine grundsätzliche Abkehr von den Präsenzveranstaltungen wünschten. In der Pflege sei vieles nur durch Austausch sowie Erfahrung durch Ausprobieren (etwa Kinästhetik) erlernbar. Als besonders geeignet für digital gestütztes Lernen (vgl. zum Überblick z. B. Kerres 2016) wurden hingegen beispielsweise die Pflegestandards und alle Inhalte genannt, bei denen es hauptsächlich um Kenntnisnahme bzw. Einprägen ginge. So könne man immer wieder darauf zurückgreifen, wenn man in der Erinnerung unsicher sei, was im Standard enthalten ist. Ansonsten stellte sich heraus, dass gerade multimedial aufbereitete Lernmaterialien (was grundsätzlich gerade für längere Lerneinheiten stark befürwortet wurde), weniger für ein Mobilgerät mit kleinem Bildschirm, sondern eher für den großen Bildschirm eines Desktop-PC, eines Notebook oder eines größeren Tablets geeignet seien. Unterwegs auf den Touren könnten aber kleinere ‚Lernhäppchen‘ und Informationen aufgenommen werden.

Wenn digital gestützte Lerneinheiten in das betriebliche Lernmanagement aufgenommen würden, dann möchten die Pflegekräften diese auch außerhalb der eigentlichen Dienstzeiten und außerhalb der Pflegezentrale nutzen können (z. B. daheim, wenn man sich ein wenig vom Dienst erholt habe und wieder aufnahmefähig sei). Allerdings sollte dann auch die Anerkennung der dafür aufgewendeten Zeiten als Arbeitszeiten möglichst automatisch berücksichtigt werden (vgl. grundsätzlich zum digital gestützten Lernen im Rahmen des KOLeGE-Projekts den Beitrag von Kludig/Friemer in diesem Band, Kap. 8).

Hilfen für unterwegs

Bei der Analyse von Hilfen, die Pflegekräfte unterwegs benötigen würden, wurden vor allem Inhalte genannt, die keine langen Zugriffs- oder Verständniszeiten erforderten. Hier

wurden beispielsweise Notfall-Standards (etwa im Falle eines Verkehrsunfalls oder eines Notfalls bei Patient*innen), ein Lexikon medizinischer Grundbegriffe, Standards aus dem betrieblichen Qualitätsmanagement sowie der Pflegeleistungskatalog genannt. Gerade hier wäre eine schnelle Zugänglichkeit besonders wichtig.

App-Gestaltung

Bezüglich der App-Gestaltung wurde von den Pflegekräften eine einfache, möglichst übersichtliche und flache Menüstruktur ohne viele Unterkategorien präferiert. Auf der Tour sei es wichtig, dass man schnell und ohne viele Klicks bei der benötigten Funktion sei. Manche Branchensoftware wird aufgrund zu vieler Bedienschritte als zu komplex empfunden. Die Kompetenzen bezüglich der Software-Bedienung und -potenziale unterscheiden sich bei den Pflegekräften erheblich (vgl. auch Pöser/Bleses 2018), weswegen auch für die Einarbeitung in die Software eine einfache Struktur hilfreich sei. Zusätzlich wurde eine Sprachbedienung für das Verfassen von Text als vorteilhaft eingeschätzt, weil erstens die Tastaturen von Smartphones klein seien. Außerdem könnten Wegezeiten für das Einsprechen von Nachrichten genutzt werden.

Technikaffinität der Pflegekräfte

Die Befragung zur digitalen Technikaffinität der Pflegekräfte ergab ein durchaus differenziertes Bild. Viele Pflegekräfte nutzen bereits im Privatbereich digitale Technik – hauptsächlich mit dem Smartphone als digitales Endgerät, aber auch per Desktop-PC bzw. Notebook (z. B. zum Surfen). Zum Teil werden daheim auch dienstliche E-Mail empfangen (z. B. Anfragen zu Diensten oder Dienstpläne). Insbesondere Pflegefachkräfte arbeiten schon beruflich mit dem PC, weil in den meisten Diensten – zusätzlich zur Dokumentation in der Mappe bei den Patient*innen – mittlerweile auch eine digitale Pflegedokumentation angefertigt wird. Die Pflegehilfskräfte, die keine Pflegeplanung anfertigen, suchen oder haben hingegen wenig Zugang zu den Dienstrechnern, zum Teil nutzen sie diesen gar nicht.

Leistungs- und Verwaltungskräfte

Die Leitungs- und Verwaltungskräfte erwarten durch die digitale Unterstützung der Kommunikation vor allem eine Steigerung der Zuverlässigkeit und der Informationslage. Informationen sollten möglichst sicher in der Pflegezentrale eingehen und umgekehrt auch die Pflegekräfte möglichst sicher erreichen. Mit ‚sicher‘ sind dabei zwei Aspekte gemeint: Zum einen im Sinne des verlässlichen Eingangs und der verlässlichen Kenntnisnahme; und zum andern sicher bezüglich des Datenschutzes. Generell wird zwar digitalen Geräten eine höhere Sicherheit der Daten zugesprochen (handschriftliche Notizen sind nicht verschlüsselbar und sind beim Entwenden gleich lesbar, digitale Geräte können hingegen mit Codes gesichert werden), aber die Datenübertragung wird dennoch als Sicherheitsproblem erkannt. Die während des Projektverlaufs umgesetzte EU-Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) hatte augenscheinlich noch einmal die Sinne für einen funktionierenden Datenschutz geschärft.

Zudem wurden Geschwindigkeitsvorteile und flexiblere Möglichkeiten der Kenntnisnahme digital vermittelter Kommunikation genannt: Man muss nicht am Telefon sitzen oder gerade auch abnehmen können, um erreichbar zu sein. Ebenso wenig müssten die Pflegekräfte auch Pflegehandlungen für ein Telefonat unterbrechen. In der Regel reicht der Nachrichteneingang nach dem Pflegeeinsatz – muss dann aber auch sicher gesehen werden. Umgekehrt können die Pflegekräfte wichtige Informationen über Patient*innen

zeitnah auf der Tour an die Pflegezentrale vermitteln (z. B. Absagen oder Erweiterungen von Pflegeeinsätzen bei Patient*innen für die morgige Tour).

Wichtig war den Leitungs- und Verwaltungskräften die Nutzung der KOLeGE-App auch am PC, damit sie nicht auf ein Mobilgerät umsteigen müssen, zumal Informationen aus der KOLeGE-App ja auch direkt digital weiterverarbeitet werden (z. B. an Kolleg*innen in der Zentrale weitergegeben werden).

Bezüglich des digital gestützten Lernmanagements sahen die Leitungskräfte insbesondere verbesserte Möglichkeiten des individualisierbaren Lernens sowie Chancen, die Präsenzveranstaltungen, die oft schwierig zu organisieren sind und bei denen Pflegekräfte regelmäßig (z. B. wegen Urlaub oder Erkrankung) fehlen, zu entlasten. Wichtig seien individualisierte und geschützte Zugänge und eine gut auf die verschiedenen Geräte abgestimmte Gestaltung der Lerninhalte.

7.4 Technische Entwicklung der KOLeGE-App: Nutzerfreundlichkeit und Praxistauglichkeit

7.4.1 Rahmenbedingungen der KOLeGE-Technikentwicklung

Die partizipative Technikgestaltung führte zu einer sehr langen Liste an ‚Wünschen‘ der Praxisakteure an die KOLeGE-App. Längst nicht alle ließen sich im Rahmen eines zeitlich und personell limitierten Projektrahmens umsetzen. Zudem wurde auch klar, dass sich die Wünsche der Pflegekräfte nach Funktionsvielfalt und nach flachen Menüstrukturen sowie einfacher Navigation zumindest potenziell widersprachen. Im Zweifel sollte die KOLeGE-App einen gewissen technischen ‚Minimalismus‘ pflegen, um die Einstiegshürden auch für diejenigen abzubauen, die sowieso technik-skeptisch sind und nur wenig Erfahrung mit digitalen Werkzeugen besitzen. Daher musste gemeinsam mit den Pflegekräften die Liste der Funktionswünsche priorisiert werden.

Für die Technikgestaltung waren zudem die unterschiedlichen Rahmenbedingungen und Digitalisierungsstrategien der beiden Praxispartner zu berücksichtigen, um eine möglichst große Praxisrelevanz des Projekts für die Unternehmen gewährleisten zu können.

Dies betraf folgende Aspekte:

- **Organisationsstruktur:** Ein Unternehmen stammte aus dem Bereich der Wohlfahrt und war damit Teil eines größeren Wohlfahrtsverbandes. Vor Ort waren zwar kleinere Pflegedienstleistungen tätig, die ihre operative Tätigkeit weitgehend selbst koordinieren; hinter diesen kleinen Einheiten stehen aber große Organisationen, die sowohl einige Ressourcen bieten (z. B. zentrales Qualitätsmanagement, zentrale Steuerung und zentraler Einkauf von digitaler Hard- und Software) als auch Restriktionen der örtlichen Gestaltungsflexibilität mit sich bringen (z. B. hinsichtlich der in den Einheiten umsetzbaren Digitalisierungsstrategien). Das zweite Unternehmen ist ein mittelgroßer privater Pflegedienst. Er kann sehr selbstbestimmt und auf seine eigenen Ziele und Möglichkeiten bezogen handeln, besitzt aber auch keine organisationale Unterstützung im Hintergrund mit ihren Vorteilen (z. B. funktionale Spezialisierung etwa in Technikabteilung und Datenschutz).
- **Vorhandene Geräte:** Ein Unternehmen nutzte zu Projektbeginn bereits Smartphones (MDA), auf denen eine Pflegesoftware für den mobilen Einsatz installiert ist, die wiederum mit der Pflegezentrale vernetzt ist. Diese Software dient vor allem zur

Tourenplanung mit Basisinformationen zu den Einsätzen, Leistungsdokumentation und Arbeitszeiterfassung. Das andere Unternehmen setzte noch keinerlei MDA ein.

- Geräteart und -zuordnung: Das Unternehmen mit MDA-Nutzung setzte für alle Pflegekräfte persönlich zugeordnete Smartphones ein. Das andere Unternehmen plante zu Projektbeginn die Anschaffung von Tablets für einen betrieblichen Gerätepool, der dann von allen Pflegekräften auf Einsätzen genutzt werden kann.
- Anzahl der Teilnehmer*innen: In einem Unternehmen sollte die KOLeGE-App von allen Pflegekräften genutzt werden. Das andere Unternehmen wollte ein Digitalisierungs-Experiment starten, an dem nur eine begrenzte Zahl interessierter Pflegekräfte direkt teilnahm, die Ergebnisse des Projekts sollten aber von allen anderen Pflegekräften beobachtbar und diskutierbar sein.
- Übergabebuch: Ein Unternehmen nutzte ein Übergabebuch, das andere Unternehmen nicht.

Einige der vor Projektstart geplanten Versuchsunterschiede wurden allerdings bereits zu Beginn der Entwicklungsphase aufgegeben, weil sie vor allem den Pflegekräften als wenig praxistauglich erschienen. Dies betraf die Nutzung von Tablets und den Aufbau eines Gerätepools. Erstens stuften die Pflegekräfte Tablets für kaum geeignet im ambulanten Pflegealltag ein, weil man sie – anders als Smartphones – nicht in den Taschen der Dienst- oder Privatskleidung unterbringen kann. Sie müssten also immer in die Pflegeutasche, die sowieso schon voll und schwer sei. Tablets wurden auch als empfindlicher als Smartphones gegen Stürze, Wasser, Dreck und Desinfektionsmittel eingeschätzt. Zudem wurde schnell erkannt, dass Geräte, die in den Pflegezentralen verbleiben, nicht außerhalb der eigentlichen Dienstzeit genutzt werden können, was hinsichtlich der Kommunikationsfunktionen aber als sinnvoll erachtet wurde. Z. B. könne der MDA dann gleich auch als Bereitschaftshandy für den Bereitschaftsdienst genutzt werden. Sollte zudem die Bereitschaftskraft ausfallen, könnte dann eine andere Kraft mit ihrem Gerät einspringen. Das zweite Pflegeunternehmen schwenkte aufgrund dieser praxisbezogenen Erwägungen daher auf die Anschaffung mehrerer Smartphones um, die den direkt am Projekt beteiligten Pflegekräften persönlich zugeordnet wurden.

7.4.2 Umsetzung der KOLeGE-App

Softwarebasis

Um erstens bereits vorhandene Ressourcen nutzen und zweitens den Aufwand der Neuentwicklung senken zu können, bildete die Open-Source-Lernplattform ILIAS die Softwarebasis für die geplante Kommunikations-, Informations- und Lernfunktionen. Diese eignete sich deshalb sehr gut, weil sie bereits eine gut ausgebaute, ständig weiterentwickelte und viel genutzte Lernplattform ist, die zudem gut erweitert werden kann. Allerdings existierte noch keine App für die mobile Nutzung.

Im Projekt wurde die Nutzung der KOLeGE-Anwendung für stationäre Geräte via Browser ermöglicht sowie die mobile Nutzung über die eigentliche KOLeGE-App auf Smartphones. Im Mittelpunkt standen die in den meisten Pflegediensten genutzten Android-Betriebssysteme – für sie wurde eine native App entwickelt. Auf IOS-Betriebssystemen konnte eine sog. ‚Web-App‘ genutzt werden, die das gleiche Erscheinungsbild wie die native App besitzt.

Grundsätzlich sind die Hauptbestandteile Kommunikation, Information und Lernen von allen Zugangswegen aus nutzbar. Der Themenkomplex Lernen ist allerdings für eine

Nutzung an stationären PC/Laptop vorgesehen und optimiert – die anderen Bereiche und Themenkomplexe (s. u.) sind für die Nutzung von mobilen Geräten optimiert, können aber auch von PC/Laptop genutzt werden.

Gleiches Erscheinungsbild der KOLeGE-App auf allen Geräten

Um den Umgang mit der KOLeGE-App nur einmal zu erlernen und sich auf verschiedenen Geräten nicht umgewöhnen zu müssen, wurde auf allen Geräten das gleiche Erscheinungsbild und die gleichen Funktionalitäten gewählt. Aufgrund der Größe der Bildschirme und Tatstaturen ist auch die KOLeGE-App an PC und Laptop leichter zu bedienen bzw. sind Inhalte besser zu sehen, als auf den kleinen MDA. Bei größeren Textmengen oder vielen Nachrichten bietet es sich daher bei verfügbarem Zeitkontingent nach der Tour an, bereits auf der Tour als Gedächtnisstützen angelegte Nachrichten oder Beiträge, die nicht eilig sind, am PC in der Pflegezentrale fertigzustellen.

Navigation in der App

Die Navigation in der KOLeGE-App wurde so einfach und intuitiv bedienbar wie möglich gehalten. Folgende Aspekte standen dabei im Mittelpunkt:

- Die App beschränkt sich auf wenige Funktionsbereiche, die nach dem Login mit großen Schaltflächen auf dem Startbildschirm gezeigt werden.
- Die gewünschten Funktionen sind vom Startbildschirm aus schnell erreichbar: mit möglichst einem Klick im Funktionsbereich, mit möglichst zwei Klicks in der gewünschten Funktion. Nicht immer lassen sich Verschachtelungen in weitere Unter-ebenen vermeiden, aber diese sollten nicht bei den alltäglich in der Praxis genutzten Funktionen (Mitteilungen, Übergabe) auftreten.
- Die Bezeichnungen und Darstellungen (Symbole, Icons zur Navigation und zum Auslösen von Funktionen) sind so gestaltet, dass sie sich möglichst intuitiv erschließen (z. B. verweist der ‚Stift‘ auf neu anzulegende Nachrichten oder Beiträge im Übergabebuch; der ‚Zurück-Button‘ führt immer eine Ebene höher).
- Die Eingabe von Text durch eine virtuelle Tastatur oder über Sprache erfolgen, ist also auch für weniger schreibgewandte Personen leicht bedienbar.

Aufbau der KOLeGE-App

Die KOLeGE-App bietet die in der folgenden Abbildung zu sehenden, fünf voneinander abgegrenzten Funktionsbereiche:

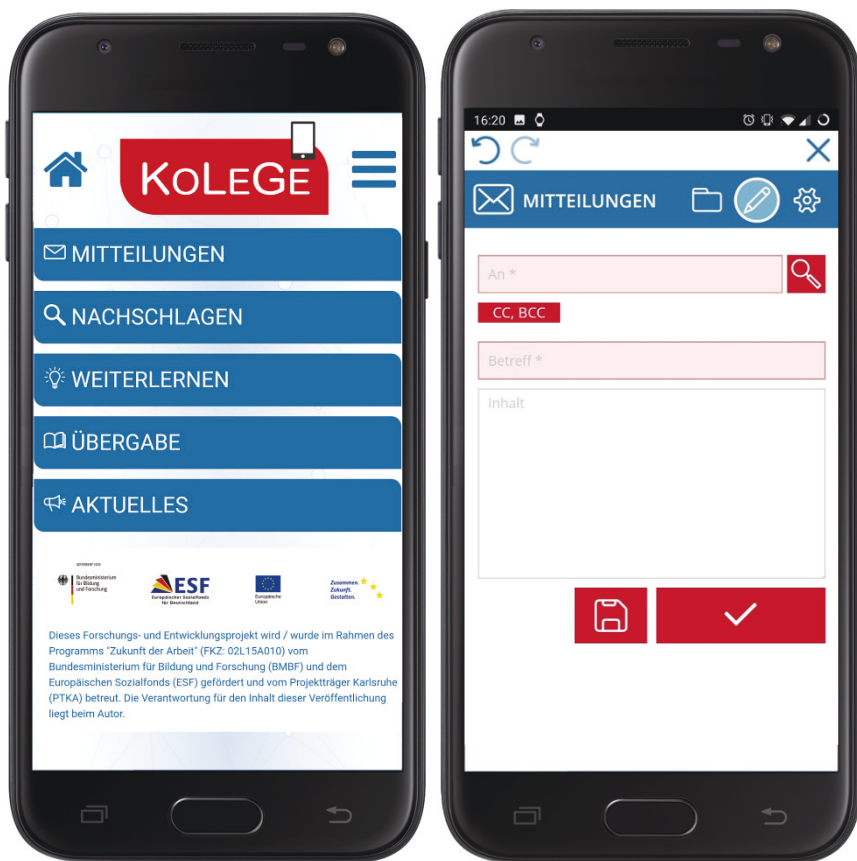


Abb. 7.1: Startbildschirm der KOLeGE-App nach dem Login und Mitteilung erstellen

Mitteilungen bieten im Grunde die gleichen Funktionen wie ein E-Mail-System. Allerdings kann nur intern zwischen den angemeldeten Teilnehmenden der Organisation kommuniziert werden. Die Nachrichten werden von einem/r Sender*in an eine/n Adressat*in bzw. an mehrere Adressat*innen versendet. Die möglichen Adressat*innen können nach Eintippen der ersten Buchstaben ausgewählt werden. Die gesendete Nachricht wird im persönlichen Postfach der Adressat*innen gespeichert und kann auch nur von den Adressat*innen gelesen werden. Neue Nachrichten erscheinen am App-Icon (als Zahl) auf dem Startbildschirm des MDA und als Push-Benachrichtigung, damit die Adressat*innen wissen, dass eine neue Nachricht eingegangen ist. Sie müssen also nicht jedes Mal die KOLeGE-App öffnen, um zu erfahren, ob neuen Nachrichten angekommen sind.

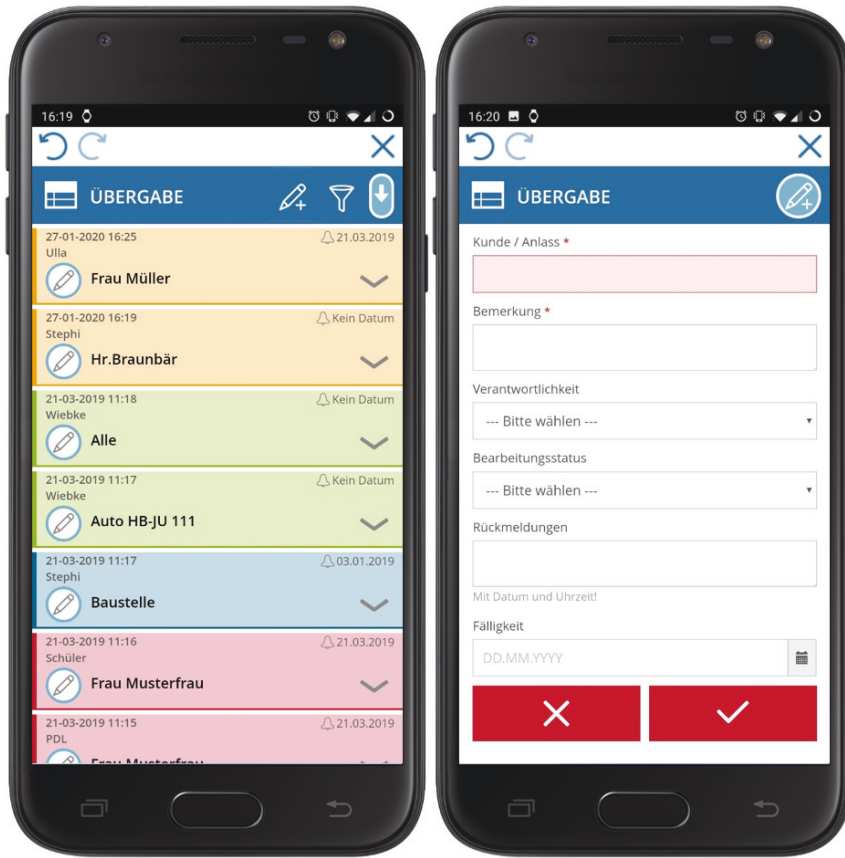


Abb. 7.2: Die Funktion Übergabe (als Übergabebuch) in der KOLeGE-App

Die Adressierbarkeit und die Zugänglichkeit unterscheiden die Mitteilungs- von der *Übergabe-Funktion*. Die Übergaben sind prinzipiell von allen berechtigten Mitarbeitenden einzusehen, weil alle unterwegs Zugriff auf diese Informationen haben müssen. Allerdings wurde die Übergabefunktion bei den beiden Praxispartnern unterschiedlich gestaltet. In dem Unternehmen, das zuvor mit einem analogen Übergabebuch gearbeitet hatte, wurde das Übergabebuch mit allen Einträgen allen Pflege- und Führungskräften zugänglich gemacht. Im anderen Unternehmen, das zuvor kein Übergabebuch nutzte und auch keinen Bedarf an einem digitalen Übergabebuch sah, wurde die Übergabe-Funktion bezüglich der Zugriffsrechte eingeschränkt. Hier hatten zum einen nur die Pflegekräfte Zugang zu Einträgen, die sie auch selbst angelegt hatten. Zum anderen können auch alle Führungskräfte die Einträge sehen, die als Adressaten der Übergabe in Frage kommen (z. B. Pflegedienstleitung und ihre Stellvertretung, Tourenplanung).

Die Funktion *Aktuelles* dient den Führungskräften als eine Möglichkeit, Informationen zu geben, die alle Mitarbeitenden zur Kenntnis nehmen sollen. Hier können z. B. dienstliche Anweisungen oder gemeinsame Termine (wie Dienstbesprechungen) bekanntgegeben werden.

Die Funktionen *Weiterlernen* und *Nachschlagen* dienen dem Wissensaufbau bzw. als Wissensbasis mit schneller Zugriffsmöglichkeit für unterwegs. Diese Funktionen werden im Beitrag von Kludig/Friemer in diesem Band (Kap. 8) zum Thema digital gestütztes Lernen näher beleuchtet.

*Schutz und Sicherheit der Daten von Patient*innen und Beschäftigten*

Mit dem Inkrafttreten der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) im Mai 2018 ist das Thema Datenschutz wieder verstärkt in den Fokus getreten. Datenschutz dient dabei dem (Zugriffs-)Schutz von personenbezogenen Daten. Datenschutz soll sicherstellen, dass personenbezogene Daten vertraulich behandelt werden und nur von dazu berechtigten Personen eingesehen werden können. In der ambulanten Pflege handelt es sich bei diesen Daten einerseits um (Gesundheits-)Daten der Patient*innen. Andererseits geht es um die Daten der Beschäftigten, die bei der Nutzung digitaler Geräte fast automatisch anfallen (z. B. Einträge durch Mitarbeitende). Beides, die Daten von Patient*innen und von Beschäftigten, müssen im Rahmen des Datenschutzes seitens der Technikentwicklung beachtet werden.

Neben technischen Vorkehrungen zum Datenschutz kommt es vor allem auch auf die Sensibilität für Risiken und auf die Sicherheit im Umgang mit personenbezogenen Daten an. Oder besser: Beides muss zusammenwirken. Ein Beispiel: Ein MDA sollte grundsätzlich mit einem PIN-Code geschützt werden, zusätzlich sollten auch sensible Anwendungen mit personenbezogenen Daten noch einmal zusätzlich Login-gesichert werden. Damit können Gerät und Anwendung selbst bei einem Diebstahl nicht einfach eingesehen werden. Achtet jedoch eine Pflegekraft bei der Dateneingabe nicht darauf, dass niemand die Eingaben mitlesen kann, nutzt auch der beste Geräte- und Softwareschutz nichts. Das gleiche gilt für die ‚Schwachstelle‘ Internetzugang: App und Gerät können gut gesichert sein, aber die Nutzung eines offenen öffentlichen WLAN lässt die gesamte Kommunikation (etwa beim Versenden von Nachrichten) potenziell sichtbar werden. Die Sensibilität und die Handlungssicherheit können dabei auf verschiedene Arten gefördert werden: Durch Aufklärung der Mitarbeitenden und Führungskräfte (etwa mittels Schulungen) sowie durch möglichst klare Regelungen für den Umgang mit Daten (etwa Dienstanweisungen – siehe auch den Beitrag von Bleses/Busse in diesem Band, Kap. 4).

Von technischer Seite aus wurden in der KoLeGe-App insbesondere folgende Datenschutz-Aspekte berücksichtigt:

a) Beschäftigtendatenschutz:

- Keine systematische Sammlung und keine Auswertungsroutinen (z. B. Zeitpunkte der Bedienung)
- Login-Passwort kann nach dem erstmaligen Login seitens der Beschäftigten sofort geändert werden
- Zugänge und Rechte werden von der Administration vergeben (s. u.)
- Mitteilungen sind nur persönlich von Absender*innen und Adressat*innen einsehbar
- Ältere Übergabeeinträge werden nach Ablauf bestimmter Zeiträume gelöscht, wodurch die Einträge von Beschäftigten (und über Patient*innen) nicht über lange Zeiträume zurückverfolgt werden können
- Der Bereich Weiterlernen kann individualisiert werden (persönlich zugeordnetes Lernmaterial, Dokumentation von Lernfortschritten) und ist – außer von der

zuständigen Führungskraft, die Lernfortschritte anerkennen und festhalten muss – nicht von anderen Personen einzusehen

*b) Patient*innendatenschutz:*

- Die KOLIGE-App greift auf eine nach außen geschützte Server-Plattform zurück, auf der die ebenfalls nach außen geschützte ILIAS-Installation eingerichtet wurde
- Jedes Unternehmen hat eine eigene Installation, in der bestimmte Funktionen jeweils angepasst konfiguriert sind und die alle betrieblich erfassten Daten gespeichert werden; auf den MDA selbst werden keine Patient*innendaten gespeichert
- Die KOLIGE-App hat keine Verbindung zur Branchensoftware, weshalb die jeweiligen Patient*innendaten nicht miteinander verbunden werden können
- Die KOLIGE-App ist vor unberechtigtem Zugriff (etwa nach Diebstahl des MDA) durch einen Login ins MDA und einen weiteren Login in die App selbst geschützt
- Es wird empfohlen, die Namen von Patient*innen bei Nutzung der App noch einmal zu verschlüsseln (Art der Verschlüsselung muss in den Unternehmen überlegt werden, z. B. Patient*innennummern)
- Den Unternehmen wird die Nutzung ausschließlich sicherer Datenverbindungen empfohlen (über SIM-Karte oder geschützte betriebliche WLAN-Netze)

Rechtesystem

Die KOLIGE-App besitzt ein rollenbasiertes Rechtesystem (z. B. Pflegekraft, Führungskraft und/oder Administration). Die Rollen und Rechte können unterschiedlich – je nach Bedarf der Organisation – angepasst werden. Die Administration kann neue Benutzer*innen anlegen, ihnen Rechte zuweisen oder wieder nehmen, Inhalte einstellen und zum Beispiel Löschungen vornehmen, die anderen vorenthalten bleiben (können), z. B. im Übergabebuch. Hier können Einträge zwar von allen gemacht, aber nur von der Administration gelöscht werden. Dazu wurden im Unternehmen bestimmte Intervalle vereinbart, in denen alte Einträge nach ihrer Sicherung gelöscht wurden – hierdurch wird das Übergabebuch übersichtlich gehalten und gleichzeitig auch der Datenschutz beachtet (keine Informationshistorie über Patient*innen).

Auch der Bereich Weiterlernen ist – wie bereits angesprochen – individualisierbar, indem etwa die Administration bestimmten Pflegekräften bestimmtes Lernmaterial zuweist. Auch die im Lernbereich möglichen Tests sind individualisiert. Sie können aus Gründen des Datenschutzes nur von der entsprechenden Pflegekraft und der Administration eingesehen werden.

7.5 Beteiligungsorientierte Technikgestaltung – lessons learned

Eine grundsätzliche Erfahrung war, dass die Pflegekräfte – nach anfänglicher Zurückhaltung und teilweise auch Skepsis – einer gemeinsamen technischen Entwicklungsarbeit überwiegend sehr aufgeschlossen gegenüberstanden. Insbesondere der Fokus auf die Praxisauglichkeit und die Verbesserung der eigenen Arbeitsqualität wirkten wie Katalysatoren einer engagierten Beteiligung. Allerdings war der Analyse-, Entwicklungs-, Erprobungs- und Evaluationsprozess für die Pflegekräfte auch langwierig. Auch wenn die funktionalen Entwicklungen in Stufen aufgeteilt wurden (kurzfristig nur einige Funktionen, die anderen später), konnte die Entwicklungsarbeit doch erst nach der Analysephase gestartet werden. Es dauerte also für die Beteiligten aus der Praxis lange, bis sie das erste Produkt

in der Hand halten konnten. Beteiligungsorientierte Technikentwicklung muss wohl mit dieser strapaziösen ‚Geduldssprobe‘ leben, wenn sie die Praxiswünsche zum Primat der Entwicklung erhebt. Durch den fortlaufenden, schrittweisen Einbezug (z. B. in die Gestaltung des Designs) kann diese Phase aber auch gefüllt werden. Jedenfalls lohnt sich der Einbezug schon allein deshalb, weil die beteiligten Pflegekräfte die App auch als ‚ihre App‘ einschätzen, eben weil sie ja wesentlich daran mitgewirkt haben. Auch eventuelle technische Anfangsprobleme werden dann schneller ‚vergeben‘.

Auch wenn nicht jede digitale Technik komplett gemeinsam mit den Beschäftigten partizipativ entwickelt werden kann: Wenn Software (und seien es nur unternehmensspezifische Ergänzungen) und die Art der Softwarenutzung (z. B. Entscheidung über Funktionen) beteiligungsorientiert gestaltet werden, fördert dies ein Veränderungsprojekt ‚Digitalisierung der Arbeit‘ merklich (vgl. auch den Beitrag von Evans et al. in diesem Band, Kap. 10).

Wenngleich die KOLIGE-App von den meisten beteiligten Pflegekräften positiv bewertet wurde, kamen auch Einwände. Diese bezogen sich zum einen darauf, dass die App ‚zu einfach‘ für die eigenen Bedarfe sei. Dieser Einwand kam vorwiegend von Pflegekräften, die bereits sehr technikaffin und -geübt sind und einen ‚höheren technischen Standard‘ erwarten würden. Dieser Spagat (manche Pflegekräfte haben noch Probleme beim richtigen Login, andere hätten gerne deutlich mehr anspruchsvollere Funktionen) stellt sich vor allem aufgrund der extrem heterogenen Ausgangsbedingungen. Im Zweifel sollte aber gelten: jede Person kann einfache Funktionen bedienen (auch wenn sie mehr erwarten würde), aber Personen, die zumindest zu Beginn nur einfache Funktionen in ihr Arbeitsleben integrieren können, sind kaum erfolgreich mit komplexen Softwareangeboten zu überzeugen und zur Nutzung zu gewinnen.

Eine weitere Erkenntnis kommt hinzu: Beruflich genutzte Software kann und sollte sich vielleicht auch von Software unterscheiden, die im Privatleben genutzt wird. Sicher lassen sich populäre Chat-Programme schnell bedienen. Eine nötige, bedachtere Bedienung hat aber auch Vorteile, weil sie zur reflektierten Nutzung anregt: Muss außer dem einen Adressaten auch noch eine andere Adressatin diese Mitteilung erhalten? Auch und gerade der Datenschutz lässt sich auf diese Weise besser beachten.

Einwände gegen die KOLIGE-App kamen zum Teil auch von der Seite der Führungs- und Verwaltungskräfte, die bereits gewöhnt sind, digital zu kommunizieren, dafür aber untereinander andere Software nutzen. Das Nebeneinander von KOLIGE-App und anderer Software wurde als aufwändig empfunden, auch wenn durch die Bedienbarkeit der KOLIGE-App am PC einfache Copy- und Paste-Aktionen möglich sind. Auch die Pflegekräfte, die bereits mit einer Branchensoftware arbeiten, würden sich eine integrierte App wünschen, welche die Funktionen der KOLIGE-App in jene der Branchensoftware aufnimmt (oder umgekehrt). Ein wenig Gewöhnung und Routine hat diesen Wunsch zwar nicht beseitigt, aber dennoch zu einer guten Bedienung geführt.

Die KOLIGE-App ist zunächst vor allem für Pflegeunternehmen geeignet, die noch keine weitere Software auf den MDA nutzen. Hier kann diese einfach zu bedienende App einen leichten Einstieg in die digitale Zukunft der Pflegearbeit fördern. Zudem kann die KOLIGE-App – im Unterschied zu vielen Branchenlösungen – Beschäftigte unterschiedlicher Dienstleistungsbereiche miteinander verbinden (z. B. die Pflege mit Haushaltsdienstleistungen, dem Hausnotruf oder dem mobilen Speiseservice).

Das Android-System erwies sich als herausfordernd, was die Kommunikation zwischen der App und dem System betrifft. Dazu gehört die Einrichtung der App in Unternehmen

mit einem eigentlich vorteilhaften Mobile Device Management, das die Software (Installation, Updates) aus der Ferne steuert und vereinheitlicht. Beispielsweise funktionieren die Push-Funktion und Meldung über neu eingegangene Nachrichten am App-Icon noch nicht immer zuverlässig.

Gegenwärtig spielt auch die Verfügbarkeit und Leistungsfähigkeit des Mobilfunknetzes für die gute Nutzung der Software noch eine große Rolle. Das betrifft vor allem solche Programme, die – wie die KOLeGE-App – den Großteil der Daten schon aus Gründen des Datenschutzes nicht auf dem Gerät vorhalten, sondern auf geschützten Servern ablegen. Zugriffe auf diese Daten funktionieren schnell bei gutem Mobilfunknetz. Bei selbst in Städten vorkommendem schlechtem Empfang kann es zu erheblichen Problemen und Wartezeiten kommen. Zu bedenken ist außerdem, dass das Datenvolumen der Mobilfunkverträge ausreichend groß dimensioniert werden muss, damit Daten auch schnell übertragen werden. Das gilt vor allem dann, wenn für den Zugriff auf datenintensive multimediale Inhalte nicht hauptsächlich geschützte WLAN-Verbindungen genutzt werden können.

Abschließend noch ein Wort zu den Anforderungen des Datenschutzes für die Praxis. Ganz sicher hat die DSGVO im Projektverlauf die Anforderungen an die Technikentwicklung und den Umgang der Praxis mit personenbezogenen Daten erhöht. Das hat manches komplizierter gemacht und zu Maßnahmen geführt, die vorher nicht geplant waren (z. B. zusätzliche Verschlüsselung von Patient*innennamen). Außerdem wurden in der Praxis Sorgen geschürt, dass man etwas falsch macht oder dem Datenschutz nicht genügen kann. Aber erstens haben sich die Diskussionen um das Thema mittlerweile wieder beruhigt. Zumindest hat die Praxis sich mittlerweile besser in die Anforderungen der DSGVO eingefunden. Und zweitens hat die DSGVO auch den Blick für Datenschutzfragen geschärft und beugt einem gewissen Laissez-faire im Umgang mit personenbezogenen Daten vor. Vielleicht hemmt diese damit gar nicht das Veränderungsprojekt ‚Digitalisierung in der Pflege‘, sondern sorgt im Gegenteil für eine sichere Handlungsgrundlage der Praxis.

Literatur

- Becke, G., Behrens, M., Bleses, P., Meyerhuber, S., Schmidt, S. (2013). Organisationale Achtsamkeit. Veränderungen nachhaltig gestalten. Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Bleses, P., Busse, B. (2020). Digitalisierung der Pflegearbeit und Arbeitsorganisation in der ambulanten Pflege: Herausforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten guter Arbeitsqualität. Kapitel 4 in diesem Band.
- Bleses, P., Busse, B., Friemer, A. (2020). Zur Einführung. Kapitel 1 in diesem Band.
- Bleses, P., Busse, B., Friemer, A., Kludig, R., Schnäpp, M., Bidmon-Berezinski, J., Breuer, J., Philippi, L. (2018). Zwischenbericht des Verbundprojekts KOLeGE. Ergebnisse der Analysephase. Universität Bremen. Schriftenreihe Institut Arbeit und Wirtschaft 24 | Juni 2018, zweite erweiterte Fassung des Berichts: https://kolegeprojekt.uni-bremen.de/wp-content/uploads/2018/07/2018_05_31_ZBW_KoLeGe_Schriftenreihe_final.pdf (Zugriff am 24.02.2020).
- Bleses, P., Jahns, K. (2016). Neugestaltung der Koordination und Interaktion in organisatorischen Handlungskontexten sozialer Dienstleistungen. In: Becke, G., Bleses, P. (Hrsg.), Interaktion und Koordination. Das Feld sozialer Dienstleistungen (S. 53-70). Wiesbaden: Springer VS.

- Evans, M., Ludwig, C., Gießler, W., Breuker, G., Scheda, W. (2020). Digitalisierung für die Altenpflege. „Lernreise“ als Instrument des betrieblichen Capacity-Buildings. Kap. 10 in diesem Band.
- Friemer, A. (2020). Digitale Technik droht? Bedroht? Wirklich nur? Kompetenzentwicklung in Veränderungsprojekten. Kapitel 9 in diesem Band.
- Hülsken-Giesler, M. (2010). Technikkompetenzen in der Pflege – Anforderungen im Kontext der Etablierung neuer Technologien in der Gesundheitsversorgung. *Pflege und Gesellschaft* 15(4), 330-352.
- Kerres, M. (2016). E-Learning vs. Digitalisierung der Bildung: Neues Label oder neues Paradigma? In: Hohenstein, A., Wilbers, K. (Hrsg.), *Handbuch E-Learning*. Köln: Fachverlag Deutscher Wirtschaftsdienst. 61. Ergänzungslieferung.
- Kludig, R., Friemer, A., (2020). Blended Learning in der ambulanten Pflege: Partizipative Gestaltung unter Berücksichtigung der Diversität von Pflegekräften. Kapitel 8 in diesem Band.
- Kucharski, A., Merkel, S. (2018). Partizipative Technikentwicklung von Gerontotechnologie: Ansätze für mehr Akzeptanz in der Zielgruppe. *Institut Arbeit und Technik*. <https://www.iat.eu/forschung-aktuell/2018/fa2018-06.pdf> (Zugriff am 24.02.2020).
- Müller, C. (2018). Beteiligungsorientierte Technikgestaltung mit älteren Menschen, *Seniorenliga aktiv* 26(4), 8-10.
- Pöser, S., Bleses, P. (2018). Digitalisierung der Arbeit in der ambulanten Pflege im Land Bremen: Praxis und Gestaltungsbedarfe digitaler Tourenbegleiter. *Reihe Arbeit und Wirtschaft in Bremen* Nr. 25. Bremen: Arbeitnehmerkammer Bremen, Institut Arbeit und Wirtschaft.
- Sandhaus, G., Berg, B., Knott, P. (2014) *Hybride Softwareentwicklung. Das Beste aus klassischen und agilen Methoden in einem Modell vereint*. Berlin: Springer Vieweg.
- Wilbers, K. (2016). Berufsbildung 4.0: Berufsbildung im Zeitalter der großen Digitalisierung. *berufsbildung, Zeitschrift für Praxis und Theorie in Betrieb und Schule* 159, 7-10.

Teil IV**Lernen und Kompetenzentwicklung**

8 Blended Learning in der ambulanten Pflege

Partizipative Gestaltung unter Berücksichtigung der Diversität von Pflegekräften¹⁴

Rebecca Kludig, Andreas Friemer

Zusammenfassung

Digital gestützte Lernformate in der betrieblichen Fort- und Weiterbildung bieten eine besondere Chance Diversität in der Belegschaft zu begegnen. Umgekehrt bietet die Diversität der Beschäftigten neben Herausforderungen vor allem Chancen, die eine gute Nutzung von und Beteiligung an digitalen Lernformaten fördern können. Das Erkennen und Beachten von diesen Diversitäten ist in der Gestaltung von Veränderungsprozessen hinsichtlich der Digitalisierung von Arbeit als auch in der Gestaltung von Blended Learning unabdingbar. Dieser Beitrag beschreibt, welche der Diversitätsmerkmale der Beschäftigten in der ambulanten Pflege hierbei eine besondere Rolle spielen und wie diese in der konkreten Gestaltung von E-Learning im Zuge des KoLEGE-Projekts genutzt und berücksichtigt wurden.

8.1 Einleitung

Vor dem Hintergrund einer sich zuspitzenden Lage der Personalsituation in der ambulanten Langzeitpflege setzen immer mehr Pflegeunternehmen auf den Einsatz digitaler Technik zur Optimierung ihrer Geschäftsprozesse. Digitale Technik hat aber darüber hinaus das Potenzial, zur Gestaltung attraktiverer Arbeitsbedingungen beizutragen, dadurch Fluktuationen zu verringern und über eine organisational gestützte personale Entwicklung die nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit der Pflegekräfte zu befördern. Dazu kann ein digital gestütztes Lernmanagement als Teil des betrieblichen Veränderungsprojektes „Digitalisierung der Arbeit in der Langzeitpflege“ einen wesentlichen Teil beitragen.

So kann ein internetbasiertes E-Learning-Angebot durch einen zeit- und ortsunabhängigen Zugriff auf aktuell benötigtes Anwendungswissen und weiterführende Informationen Pflegekräfte in ihrer Alleinarbeit auf den Pflegetouren stärken und ihre Kompetenzentwicklung befördern. Ein solch sichtbarer Nutzen kann für Beschäftigte die Bereitschaft erhöhen, sich auf den Einsatz digitaler Medien als neues Lern- und Arbeitsmittel im Berufsalltag einzulassen. Für die Akzeptanz solcher Veränderungsprozesse seitens der Pflegekräfte ist das Erkennen von Sinnhaftigkeit ebenso wichtig wie es Chancen sind, sich an den Prozessen beteiligen zu können. Ambulante Pflegedienste sind oftmals durch eine heterogene Beschäftigtenstruktur geprägt. Daraus resultieren hohe Anforderungen zum einen an die Gestaltung der Software und zum anderen an die Möglichkeiten der Beteiligung an den Einführungsprozessen. Das Verbundprojekt „KoLEGE – Interagieren, koordinieren und

¹⁴ Dieser Beitrag beruht auf den Ergebnissen des vom BMBF und ESF geförderten Verbundprojekts KoLEGE („Interagieren, Koordinieren und Lernen – Chancen und Herausforderungen der Digitalisierung in der ambulanten Pflege“, gefördert vom 1. September 2016 – 31. Dezember 2019, FKZ: 02L15A010-02L15A014).

lernen: Chancen und Herausforderungen der Digitalisierung in der ambulanten Pflege“ hat für die ambulante Pflege ein organisatorisches Gestaltungskonzept für die Digitalisierung der Arbeit und eine auf Praxistauglichkeit ausgerichtete Kommunikations-, Koordinations- und Lernsoftware entwickelt. Vor diesem Hintergrund widmet sich der Beitrag folgenden Fragestellungen:

Welche Chancen und Herausforderungen bietet die Diversität der Pflegenden in der ambulanten Pflege hinsichtlich der Implementierung eines digital gestützten Lernkonzeptes? Wie wurden diese Anforderungen bei der Gestaltung des digital gestützten Lernarrangements im Projekt KoLEGE berücksichtigt?

Der Beitrag basiert auf den Ergebnissen des KoLEGE-Teilvorhabens „Entwicklung und Erprobung arbeitsintegrierter E-Learning-Konzepte bei digitaler Tourenbegleitung“, das von der wisoak gGmbH in Bremen durchgeführt wurde.¹⁵ Zielsetzung war die partizipative Entwicklung und Erprobung eines digital gestützten Lernkonzepts, das Pflegekräften – angepasst an ihre unterschiedlichen Arbeits- und Lebenssituationen – orts- und zeitflexibel auf ihre Bedarfe zugeschnittene Lerninhalte verfügbar machen soll. Das Spektrum reichte von praxisnahen Kurzinformationen für arbeitsintegriertes Lernen auf den Touren bis hin zu umfassenden Lernmodulen für das Lernen an PC in der Pflegezentrale oder daheim. Lerninhalte wurden auf einer internetbasierten Lernplattform eingestellt. Für den Zugriff wurde vom Technikpartner Qualitus die KoLEGE-App entwickelt, die einen mobilen wie (browserbasiert) stationären Zugriff auf Lerninhalte ermöglicht (siehe Breuer et al. in diesem Band, Kap. 7). Zusammen mit den Beschäftigten der beiden Praxispartner wurden E-Learning-Module zu den Themen ‚Sturz‘ und ‚Demenz‘ erstellt, die als Piloten die priorisierten Fortbildungsbedarfe in den Pflegeeinrichtungen abbildeten und als digitale Lernkomponenten in Blended Learning, also verzahnt mit den bestehenden Präsenzfortbildungen, eingebunden wurden. Um auf den Pflege Touren direkt Informationen nachschlagen und kurze Lerneinheiten (Learning Nuggets) nutzen zu können, wurde die KoLEGE-App auf den Arbeits-Smartphones (MDA) der Pflegekräfte installiert.

Vorgehen im Projekt

Digitale Veränderungsprozesse bedeuten in der ohnehin angespannten Arbeitssituation der Pflegenden eine zusätzliche Anforderung. Daher war in den komplexen iterativen Verfahren im Projekt das *beteiligende Vorgehen* grundlegend für die Sinnvermittlung und für den Einbezug der Pflegekräfte als Basis für die Akzeptanz digital gestützten Lernens. Das Engagement aller in allen Projektphasen ermöglichte eine weitestgehende repräsentative Berücksichtigung der diversen Beschäftigteninteressen.

Deren Diversitäten in Bezug auf Mediennutzung und -affinitäten wurden in Analyseworkshops und Expertengesprächen identifiziert. Darüber hinaus zeigten sich in teilnehmenden Beobachtungen des Pflegealltags (Touren, Übergaben, Dokumentationen) vor allem Diversitäten in den Handlungen der Pflegekräfte. In darauf aufbauenden Entwicklungsworkshops, in denen Pflegekräfte sich bei der Erstellung von Lernformaten beteiligten, kristallisierten sich ergänzende heterogene Bedarfe heraus. Die formative Evaluation der Erprobung der E-Learning-Prototypen durch Workshops, Gespräche und Fragebögen unterstrich die Bedeutung einer *fehlertoleranten* Durchführung dieser Test-Phase, in der zuerst kleinere Prototypen mit ‚abgespeckten‘ Funktionen ausprobiert und daraufhin

¹⁵ Für eine Kurzbeschreibung des Projekts KoLEGE siehe das Vorwort dieses Bandes. Weitere Informationen finden sich im Internet unter der URL: <https://kolegeprojekt.uni-bremen.de>.

getestet wurden, ob die inhaltliche und die mediale Umsetzung den heterogenen Ansprüchen der Beteiligten in ihrer Praxis gerecht wurden.

Aufbau des Beitrags

Der Beitrag beginnt mit einer kurzen Einführung zur Definition von Diversität und beschreibt prägnante Diversitätsmerkmale in der Beschäftigungsstruktur der ambulanten Pflege, die insbesondere für das Lernen mit neuen digitalen Lernformaten eine Rolle spielen. Anschließend werden die tradierten betrieblichen Fortbildungsstrukturen aufgezeigt, um daraufhin die Änderungen, die ein digital gestütztes Lernmanagement mit sich bringt (bspw. Lernortverknüpfung), zu verdeutlichen. Aufbauend auf diesen Beschreibungen wird der Blick auf die konkreten Erfahrungen im Projekt gerichtet. Anhand der dort entstandenen Lernmodule und Informationseinheiten wird dargestellt, wie digital gestütztes Lernen gestaltet werden kann, um Diversität aufzunehmen, zu beteiligen und für die Implementierung von E-Learning zu nutzen. Der gesamte Beitrag wird mit einer Reflexion weitergehender Fragestellungen abgerundet.

8.2 Diversitäten in der ambulanten Pflege

Diversität ist ein weiter Begriff, der viele Aspekte beinhalten kann: Vielfalt der Charaktere, soziale Vielfalt, Vielfalt des Denkens und Handelns, biologische Vielfalt usw. (Becker 2015, S. 18). Allgemein bezeichnet der Begriff „[...] die Verschiedenheit, Ungleichheit, Andersartigkeit und Individualität, die durch eine Vielfalt von Unterschieden zwischen Elementen eines Ganzen z. B. [einer Person oder] der Belegschaft eines Unternehmens entsteht.“ (Aretz/Hansen 2003, S. 9). Es finden sich verschiedene Ansätze im Umgang mit Vielfalt im Unternehmenskontext: Im Gegensatz zu *Managing Diversity*, welches auf Vermeidung von Nachteilerfahrungen einzelner Personen oder Gruppen abzielt, steht bei *Diversity Management* der Nutzen von Vielfalt im Vordergrund (Becker 2015, S. 115). Das Erkennen, Berücksichtigen und Nutzen dieser Vielfalt ist vor allem hinsichtlich einer wirksamen Gestaltung von Veränderungsprozessen in Unternehmen eine essenzielle Variable (Schaeffer 2016, S.48). Das Projekt KOLeGE stellte insbesondere die unterschiedlichen Bedürfnisse der Beschäftigten in den Vordergrund. In Orientierung an dem Modell „4 Layers of Diversity“ von Gardenswartz und Rowe (2010, S. 25), rückten im Projekt KOLeGE vor allem vier Bereiche von Diversität in den Vordergrund:

1. Technikbezogene Veränderungsbereitschaft
2. Qualifikation und Arbeitserfahrung
3. Kultur
4. Lebenssituation

Diese Kategorien werden im Folgenden in ihren Chancen und Herausforderungen in Bezug auf Lernen erläutert.

8.2.1 Chancen und Herausforderungen der Diversitätskategorien

Technikbezogene Veränderungsbereitschaft

Wird über technikinduzierte Veränderungsbereitschaft nachgedacht, wird meist von einem altersbezogenen Unterschied ausgegangen: Ältere Beschäftigte, so die Annahme,

seien nicht nur, aber besonders auf Technikeinsatz bezogen, weniger veränderungs- und weiterbildungsbereit als jüngere Beschäftigte (Helmer 2007). Wenn man davon ausgeht, muss man in der ambulanten Pflege Sorgen haben. Denn die meisten professionellen Pflegekräfte sind hier 40 Jahre oder älter (ca. 64 %; BGW 2018, S. 40; Statistisches Bundesamt 2018, S. 20). Es mangelt an jüngeren Beschäftigten, denen wiederum mehr Offenheit und Flexibilität sowie eine schon vorhandene erweiterte Technikkompetenz zugeschrieben werden (Hankin 2005; Borgert 2012; INQA 2018, S. 13). Laut Roßnagel (2008, 84 ff.) entsprechen solche Zuschreibungen allenfalls teilweise der Realität. So kann die Lernfähigkeit auch bei zunehmendem Alter erhalten bleiben. Außerdem muss auch die Lernbereitschaft beachtet werden, die eher durch schlechte Erfahrungen und unpassende organisatorische Bedingungen negativ beeinflusst sein könnte als durch das Alter. Des Weiteren konstatieren Corrin et al. (2013, S. 113 ff.) mit Blick auf jüngere Beschäftigte auch bei ihnen erhebliche Unterschiede in der Fähigkeit und Bereitschaft, neue Technologien anzunehmen.

Es ist also altersunabhängig von einer unterschiedlichen Bereitschaft auszugehen, neue Technik in der Arbeit anzunehmen. Im Projekt KOLeGE ergab die Erhebung der Erfahrungen und Einstellungen zu digitaler Technik diesbezüglich sogar *positive* Ergebnisse: Alle Beteiligten unterschiedlichen Alters hielten eine Online-Lernplattform für sinnvoll, waren in Besitz eines Smartphones und fast alle fühlten sich im Umgang mit ihren eigenen Geräten sicher. Die Einschätzungen basierten oftmals auf der vertrauten Nutzung sozialer Netzwerke und Suchportale wie z. B. Google oder Wikipedia und bilden als eingeübte Gewohnheiten multiplikatorische Ressourcen für die Gestaltung und Einführung neuer Software.

Qualifikation und Arbeitserfahrung

Besonders relevant sind die Diversitätsmerkmale *Ausbildung* und *Berufserfahrung* (Gardenswartz/Rowe 2010, S. 33 ff.). Denn diese gehen mit sehr unterschiedlichen Anforderungen an Inhalte und Gestaltung von E-Learning einher. Bei den Beschäftigten in der ambulanten Pflege gibt es sehr heterogene Qualifikationsprofile: Von Pflegefachkräften (dreijährige Ausbildung) über Assistenzkräfte (ein- oder zweijährige Ausbildung) und Helfer*innen (angelernt oder mehrwöchigen Pflegekurs absolviert) bis hin zu Pflegefachkräften mit weiterführenden Qualifikationen (Weiterbildung/Studium). Darüber hinaus verfügen sie durch ihre Einsatzzeiten, Tätigkeiten und Funktionen über unterschiedliche Arbeitserfahrungen: So beschäftigen viele Pflegedienste einige Pflegefachkräfte in sogenannten ‚Allrounder-Positionen‘, die neben der Pflegearbeit auch administrative Aufgaben beinhalten (z. B. Tourenplanung oder Medikamentenmanagement). Solche Pflegekräfte arbeiten oftmals mit einer Branchensoftware, haben daher schon Erfahrungen mit digital gestützten Arbeitsstrukturen und können diese in die Gestaltung eines digitalen Lernangebots einbringen (INQA 2018, S. 8).

Kultur

Die Diversitätskategorie *Kultur* bezeichnet die ‚software‘, „[...] that forms the rules, norms and assumptions that guide each persons’s behavior.“ (Gardenswartz/Rowe 2010, S. 30). In diesem Sinne wird im Folgenden Kultur als beeinflussender Faktor für Werte, Sprache und Verhalten betrachtet. Ein prägnantes Beispiel für diverse kulturelle Hintergründe ist in der Herkunft außerhalb Deutschlands zu finden: Laut Bundeszentrale für politische Bildung besaßen 2010 durchschnittlich 11% der Pflegekräfte in der ambulanten Pflege einen Migrationshintergrund (bpb 2015, S. 4) – mit inzwischen wachsendem

Anteil. Viele Beschäftigte mit Migrationshintergrund beherrschen mehrere Sprachen und haben Erfahrungswissen in Bezug auf einen kultursensiblen Umgang mit Patient*innen ähnlicher Herkunft. Darüber hinaus verfügen im Ausland qualifizierte Beschäftigte häufig über ein erweitertes pflege-medizinisches Wissen und womöglich entsprechende Handlungskompetenzen (Larsen 2019). Andererseits bilden Sprachbarrieren für diese Beschäftigten Hemmnisse für ein Verständnis von Fortbildungsinhalten. Zudem prägen deren Erfahrungen in heimischen Bildungssystemen die Art und Weise des Lernens.

Lebenssituation

Lebenssituation betrachtet die Ressourcen und Herausforderungen von Geschlechterrolle, Familiensituation und Freizeitverhalten. Laut dem Bundesministerium für Gesundheit sind ca. 85 % der in der Altenpflege arbeitenden Personen weiblich (2018). Weil Frauen noch immer stärker als Männer in Pflege von Angehörigen und Kinderbetreuung engagiert sind (Geyer 2016, S. 24), ist diesem Trend Aufmerksamkeit zu widmen. Denn dieser Umstand prägt die Lebens- und Arbeitssituation vieler Beschäftigten. Nur 28% der Mitarbeiter*innen in der ambulanten Pflege sind vollzeitbeschäftigt (Statistisches Bundesamt 2018, S. 23). Der Großteil ist teilzeitbeschäftigt, zum Teil auch geringfügig. Der Lebensalltag außerhalb der Tätigkeit in der ambulanten Pflege macht für viele Beschäftigte einen großen Teil ihres Erlebens und ihrer Pflichten aus. Daher kollidieren feste Fortbildungszeiten von Präsenzveranstaltungen in der Mittagszeit, auf die kaum Einfluss genommen werden kann, nicht nur mit Konzentrationsmöglichkeiten der Pflegekräfte, sondern auch mit außerdienstlichen Aufgaben (Kinderbetreuung, Studium, Mehrfachbeschäftigungen, Freizeitaktivitäten).

„Im Regelfall finden die Fortbildungen montags und/oder donnerstags jeweils von 13:00h – 14:00h statt. [...] Da diese in der Mittagszeit stattfinden, werden es sehr lange Tage, wenn vorher oder anschließend gearbeitet wurde. Es kommt manchmal zu Überschneidungen mit den Tourenzeiten, sodass eine Teilnahme dann nur begrenzt möglich ist“ (KOLeGE-Workshopreihe II b ‚Lernen‘).

Die unterschiedlichen Lebenssituationen bergen neben den zeitlichen Herausforderungen allerdings auf der anderen Seite auch wertvolle Ressourcen. So geht z. B. ein berufs begleitendes Studium womöglich mit Erfahrungen mit E-Learning einher oder ein kreatives Hobby mit gestalterischen Fähigkeiten, die sich in der Beteiligung am digitalen Veränderungsprozess als nützlich erweisen können.

8.2.2 Implementierung von E-Learning: Diversitätsgerecht gestalten – Chancen von Diversitäten nutzen

Sinnhaftigkeit

E-Learning kann bestehende Präsenzfortbildungen ergänzen und im Bedarfsfall sogar ersetzen. Das Format flexibilisiert das Lernen, bietet durch arbeitsintegriertes Lernen eine unmittelbare Unterstützung vor Ort und damit eine Steigerung von Handlungssicherheit bei den Pflegekräften. E-Learning ermöglicht methodisch (Videos, Podcasts etc.) und inhaltlich (Niveauabstufungen, Übersetzungsmöglichkeiten) einen passgenauen Zugang zu den Lerninhalten für Mitarbeiter*innen mit Sprachbarrieren, verschiedenen Lerngeschwindigkeiten, thematischen Interessenslagen sowie unterschiedlichem Vorwissen und Vorerfahrung. Auch die Möglichkeit, Fortbildungszeiten in Form von Homeoffice wahrnehmen zu können, wird vor allem den Beschäftigten gerecht, die Arbeitszeiten etwas

individueller gestalten wollen oder müssen: aufgrund der Organisation des privaten Alltags oder weil sie sich zu anderen Zeiten besser konzentrieren können.

Somit ist die wohl wichtigste Ressource der beschriebenen Diversitäten hinsichtlich der Einbindung von Blended Learning, dass dessen individuelle Sinnhaftigkeit für jede/n Mitarbeiter*in erkennbar werden kann. Gelingt es diese zu vermitteln, bietet sich die Chance auf eine nachhaltige Nutzungsakzeptanz und somit auf eine Verbesserung der Arbeits- als auch Pflegequalität.

Beteiligung durch Rollenvergabe

Die Heterogenität der Beschäftigten sollte dahingehend adressiert werden, dass Pflegekräfte mit E-Learning-Erfahrungen in die Auswahlprozesse der Software einbezogen werden. Steuerungskreise sollten unbedingt interessierte Mitarbeiter*innen einbinden. Beschäftigte können auch in die Rolle von Multiplikator*innen schlüpfen und so formell in Teamsitzungen wirken oder aber auch in informellen Gesprächen mit Kolleg*innen ihre Erfahrungen teilen. Sie unterstützen damit ihre Kolleg*innen, die möglicherweise technischen Veränderungen skeptisch gegenüber stehen.

Das inhaltliche Lernen kann durch *Lerntandems* gefördert werden (zu diesem Instrument vgl. Bleses et. al 2019). Hier können die Diversitäten der Beschäftigten synergetisch zusammengeführt werden, um sich an das selbstorganisierte digitale Lernen heranzutasten – z. B. bei der gemeinsamen Bearbeitung von Transferaufgaben. Das ist vor allem für reflexive oder aber auch praktische Übungen sinnvoll.

Die Beteiligung von Pflegekräften an der inhaltlichen Entwicklung kann den Zugang zu E-Learning erleichtern. Das kann bereits durch eine einfache Erhebung der Wunscht Themen und Formate in Form von Workshops oder Umfragen geschehen. Ferner können gemeinsam mit Dozent*innen der Präsenzfortbildungen Inhalte für die Lernplattform erstellt werden. Insbesondere Mitarbeiter*innen, die in Allrounder-Positionen arbeiten, über spezielle Weiterqualifizierungen oder als Ausbilder*innen über aktuelle pflegewissenschaftliche Erkenntnisse verfügen, aus dem Privatleben besondere Kompetenzen mitbringen sowie Beschäftigte, die Lust an der kreativen Aufarbeitung von Lerninhalten haben, sind für solche Rollen prädestiniert. Immigrierte Mitarbeiter*innen mit ergänzenden Kompetenzen aus medizinnahen Tätigkeiten (Larsen 2019) oder mit speziellem Kulturwissen (z. B. Religion, Werte), können bei der Mitgestaltung von Inhalten wichtige Beiträge zur kultursensiblen Kommunikation und Arbeitsgestaltung leisten.

Praxisbeispiel

Im Laufe des Projekts KOLeGE entwickelte einer der Praxispartner ein Webcast-Projekt namens *Wissenstransfer*. Es entstanden gefilmte Präsenzfortbildungen, die den Beschäftigten online über die KOLeGE-Lernplattform zur Verfügung gestellt wurden. Diese zielten vor allem darauf ab, geringer qualifizierte Mitarbeiter*innen in verschiedenen pflege-relevanten Themen zu schulen. Die Erstellung der Fortbildungen erfolgte durch eine Mitarbeiterin, welche sowohl eine Allrounder-Position innehatte als auch über eine Weiterqualifizierung im Bereich Medikamentenversorgung verfügte. Die Aufnahmen der Schulung verliefen außerdem unter Beteiligung der Fortbildungsteilnehmenden.

8.3 Fortbildungsstrukturen und digital gestütztes Lernkonzept

Ein Schwerpunkt im Rahmen von Qualifizierung und Kompetenzentwicklung im Verbundprojekt KOLeGE lag in der Entwicklung und Erprobung eines digital gestützten Lernkonzepts für die ambulante Pflege. Als technische Basis wurde dafür vom Technikpartner Qualitus GmbH die KOLeGE-App entwickelt, sowohl für die mobile (MDA) als auch für den stationäre Nutzung (PC-Browser daheim oder in der Pflegezentrale). Konzeptioneller Ansatz ist die unmittelbare Integration von Lernen in die tägliche Praxis der ambulanten Pflege, eingebettet in ein Lernsystem, das möglichst flexibel alle Lernbedarfe und -gelegenheiten im Arbeitsalltag abdeckt. Verschiedene Lernorte (Pflegepraxis, Pflegezentrale, Schule/Fortbildungsträger, heimischer PC) sollten so miteinander verknüpft werden, dass Wissen bedarfsgerecht und damit gut und nachhaltig angeeignet werden.

Regionale Rahmenbedingungen für Fortbildung in der ambulanten Pflege

In Bremen ist für staatlich anerkannte Pflegeberufe, zu denen auch die Altenpfleger*innen gehören, Kompetenzerhaltung als Berufspflicht in der „Berufsordnung für die staatlich anerkannten Pflegeberufe“ definiert. Demnach sind „Professionell Pflegende ... verpflichtet, Maßnahmen zur beruflichen Kompetenzerhaltung zu ergreifen“ und „selbst dafür zuständig, Maßnahmen zum beruflichen Kompetenzerhalt wahrzunehmen und dies nachweisen zu können. Arbeitgeber sind lediglich... verpflichtet, ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dabei zu unterstützen.“ (Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit / Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen 2011).

Der nachweispflichtige Fortbildungsumfang umfasst für Pflegefachkräfte jährlich 20 Stunden, der in internen und extern Seminaren absolviert werden kann. Im Regelfall übernehmen aber die Pflegeeinrichtungen selber die Organisation der erforderlichen Fortbildungen sowie die Nachweisführung für ihre Beschäftigten, weil sie aufgrund regelmäßiger und anlassbezogener Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und der Heimaufsicht ein eigenes Interesse an ausreichend qualifizierten Beschäftigten haben. Das fachliche Bildungsspektrum umfasst jährliche Pflichtunterweisungen (z. B. Hygienerichtlinien des Robert-Koch-Instituts, Erste Hilfe) und bedarfsbezogene Schulungen (z. B. bei Aktualisierungen der Pflegestandards). Nach MDK-Richtlinien muss es einen prospektiven Fortbildungsplan für alle nachweispflichtigen Pflegekräfte geben (vgl. MDS 2016). Außerdem werden die Fortbildungsinhalte zudem durch das betriebliche Qualitätsmanagement mitbestimmt, wenn sich etwa aus Anforderungen ergänzende Fortbildungsvorgaben ergeben. Viele Pflegedienste versuchen darüber hinaus auch Fortbildungswünsche von Pflegekräften zu berücksichtigen, doch scheitert die Umsetzung häufig an einem Mismatch zwischen dem Zeitumfang des Pflichtprogramms und den verbleibenden Zeitfenstern für Wunschfortbildungen.

Aufgrund des Schichtsystems, in dem fast alle Pflegekräfte arbeiten, empfinden diese die Fortbildungsteilnahme als Belastung, da sie dafür eigentlich „keine Zeit aus beruflichen Gründen“ (Mahler 1998, S. 33) haben. Pflegekräfte nehmen in der Regel die Fortbildungsangebote der eigenen Einrichtung wahr, weil sich ihre Teilnahme weniger belastend in die eigene Arbeit einbinden lässt. Der Arbeitgeber übernimmt die Kosten, die Fortbildung wird als Arbeitszeit anerkannt und die Zeiten werden in der Regel so angesetzt, dass diese im Anschluss an einen Frühdienst oder direkt vor einem Spätdienst absolviert werden können. So ist die Teilnahme in der Mittagszeit nach einer mehrstündigen Schicht zwar anstrengend, aber einfacher, als sich an einem freien Tag – vielleicht dem einzigen freien

Tag in 14 Tagen – zu einem externen Anbieter zu begeben (Rath 2017). Die Mehrheit der professionell Pflegenden nimmt daher ausschließlich an internen Fortbildungen teil.

Konzeptansatz: praxisintegriert lernen

Ein digital gestütztes Lernsystem bietet Lösungsansätze für die beschriebenen Herausforderungen der aktuellen Fortbildungsinfrastruktur für Organisation und Beschäftigte. So kann die Verknüpfung der Lernorte *Lernen in der Praxis* – z. B. am jeweiligen Einsatzort der Pflegekräfte – unterstützen. Sie realisiert eine ständige Verfügbarkeit des anwendbaren Wissens (z. B. auf mobilen Geräten wie MDA), Interaktionsmöglichkeiten im jeweiligen Lernprozess über digitale Vernetzung (mit Kolleg*innen, mit Führungskräften, mit Fortbildungsanbietern) sowie eine schnelle Aktualisierbarkeit von Inhalten und Medienformaten (z. B. geschriebener oder gesprochener Text, Video-Anleitungen) in den Lernmodulen.

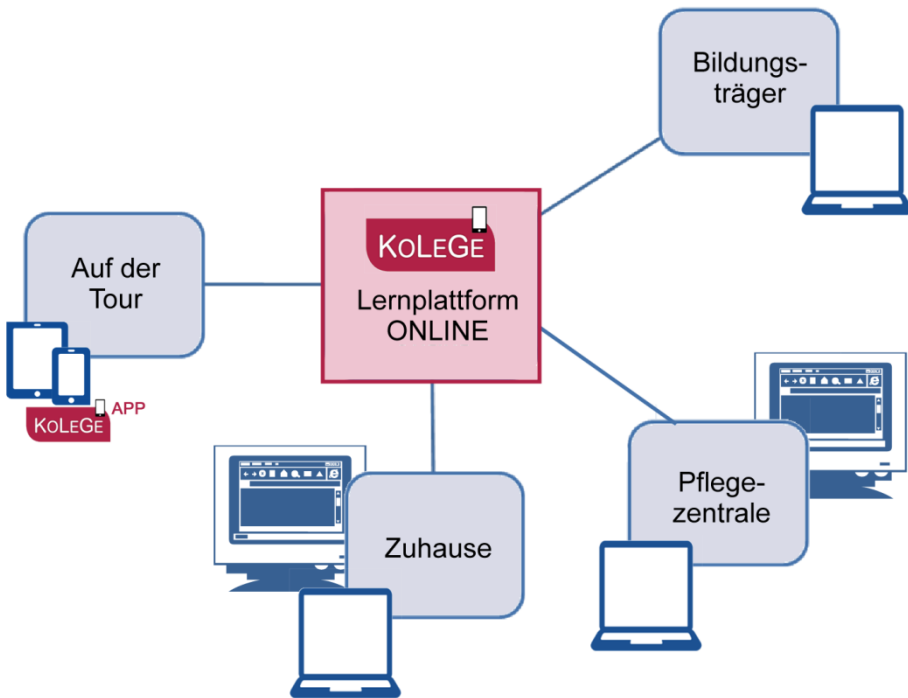


Abb. 8.1: Lernortverknüpfung mit der KoLEGE-App (eigene Darstellung)

Blended Learning stellt für einen solchen Ansatz einen hybriden Methodenmix aus traditionellen Formen des Präsenzlernens und virtuellen E-Learning-Phasen zur Verfügung. Der didaktische Mehrwert von Blended Learning ist die gleichzeitige Vermittlung von Fach- und Schlüsselkompetenzen, sowie die inzwischen in allen Berufen – auch in denen der Pflege – immer stärker geforderte Medien- und Kommunikationskompetenz. Diese stellen wesentliche Komponenten für den gezielten Wissenserwerb dar und bilden damit die Basis für die Herausbildung von Selbstlernkompetenz, die wiederum eine wesentliche

Grundlage für die Umsetzung des Anspruchs eines *lebenslangen Lernens* bildet (siehe Friemer in diesem Band, Kap. 9).

Unter didaktischen Aspekten findet in den E-Learning-Phasen ein selbst organisiertes, an individuellen Kriterien ausgerichtetes und zeit- und ortsunabhängiges Lernen statt, das in den Arbeitsalltag integriert werden kann. In Präsenzeinführungsseminaren werden die notwendigen technischen und methodischen Kenntnisse für die Arbeit mit dem digitalen Lernangebot vermittelt. In den Selbstlernphasen üben die Pflegekräfte, *selbstorganisiert zu lernen*, sodass sich der Lernprozess zum einen an ihren Bedürfnissen und vorhandenen Möglichkeiten orientiert, zum anderen aber auch (Transfer)Kompetenzen bildet, die das praktische Anwenden des Gelernten am Arbeitsplatz vorbereiten, unterstützen und absichern. In den korrespondierenden Präsenzphasen wird darüber hinaus Wissen im sozialen Kontext der Lerngruppe vermittelt.

E-Learning kommt in Hinblick auf die Initiierung selbstgesteuerter Lernprozesse bei den Pflegekräften ein besonderer methodischer Stellenwert zu. Digital gestützte Lernumgebungen bieten Entwicklungsrahmen für die Bildung von Selbstlernkompetenz bei den Pflegekräften. Insbesondere eine modulare, tiefengestaffelte und multimediale Gestaltung der Lerninhalte bietet den Teilnehmenden Möglichkeiten, für sich selbst passgenaue Lernstrategien zu entwickeln, die ihre individuellen Lerndispositionen adäquat berücksichtigen.

E-Learning bietet also Pflegekräften die Möglichkeit durch individualisiertes Lernen in der täglichen Praxis und zu Hause eine qualifikatorische und instrumentelle Basis zu schaffen für die eigenständige und systematische Bewältigung sich zukünftig wandelnder Qualifizierungsanforderungen.

Gelingensbedingung für Akzeptanz: Zielgruppenorientierung

Nach Einschätzung von Expert*innen (vgl. Michel 2006 S.84; Poppe 2006 S. 145 f) sind zwei Faktoren wesentlich für eine erfolgreiche Einbindung von E-Learning in tradierte Fortbildungsstrukturen. Neben der Bereitstellung von adäquaten technischen und organisatorischen Rahmenbedingungen ist es die Bereitschaft der Beschäftigten, diese Lernform am Arbeitsplatz zu nutzen. Um Akzeptanz zu erreichen, muss das digitale Lernangebot daher die personalen Voraussetzungen der Pflegekräfte adressieren (individuelles Lernverhalten, Medienkompetenz etc.). Dies stellt sich in Bezug auf heterogene Lerngruppen mit den beschriebenen Diversitäten als besondere Herausforderung dar – Lernende sind oft entweder über- oder unterfordert. Um sie ‚dort abzuholen, wo sie stehen‘, ist es notwendig, im Vorfeld Qualifikationsbedarfsanalysen in Bezug auf die Lernziele und -inhalte bei den Zielgruppen durchzuführen.

Die Einbindung des digitalen Lernarrangements in die Fortbildungsstrukturen der ambulanten Pflegedienste orientierte sich im KOLIGE-Projekt an den Handlungsfeldern der potenziellen Lernorte Pflegezentrale, Pfl egetour (Fahrzeug, Wohnung der Patient*innen) und Privatumgebung der Pflegekräfte (z. B. Tourenvorbereitung am Vortrag). Bestehende Fortbildungsinhalte wurden, sofern sie über lernförderndes Potenzial für eine medienbasierte Aufbereitung verfügten, als digitale Lernmodule realisiert, die sich auf reale Arbeitsfelder der Pflegekräfte bezogen. Ausgangspunkt ist, dass die fachliche Qualifizierung nicht abstrakt als theoretische Befassung mit einem Gegenstand, sondern mittels arbeitsprozessorientierter E-Learning-Szenarien erfolgt, die simulativ unterschiedliche Arbeitssituationen (Notfälle, neue Patient*innen, Einsatz neuer Hilfstechnologien in der Pflege) abbilden. Ziel ist die Herausbildung von überfachlichen Transferkompetenzen, mit denen die – im Regelfall auf der Tour – autark arbeitenden Pflegekräfte erworbene Kenntnisse

in unterschiedlichen Situationen bündeln und eigenverantwortlich Lösungsstrategien finden können.

Die digitalen Lerntools sind modular strukturiert, um eine hohe Flexibilität und Variabilität für eine bedarfsbezogene (vgl. Reglin 2003). Nutzung durch die Pflegekräfte zu gewährleisten. Das didaktische Konzept orientiert sich an den Kategorien der Bereitstellung, Zugänglichkeit und Unterstützung anstelle einer Belehrung, die in Kategorien von Ursache und Wirkung denkt. Damit werden die heterogenen Lerngewohnheiten, -erfahrungen und -bedarfe der Lernenden in den Mittelpunkt gestellt und die unterschiedlichen kognitiven Charakteristika (Lerndauer, Tiefenstaffelung der Inhalte, Selbststeuerung/-organisation) möglichst adäquat berücksichtigt.

In dieses Lernangebot sind Wissens- und Kommunikations-Tools (Bibliothek, Glossare Wiki etc.) und Suchfunktionen integriert, um eine gezielte Erarbeitung des Lernmaterials und kooperatives Lernen zu ermöglichen. Durch integrierte Übungen können die Pflegekräfte ihren Lernstand reflektieren und in Abschlusstests einen Nachweis für die Fortbildungsteilnahme dokumentieren.

Die Lernplattform basiert auf einer internetbasierten Open-Source-Lösung und wird auf einem Web-Server administriert. Die digitalen Lerninhalte stehen in unterschiedlichen Formaten (Grundlagenmodule, Lernszenarien, Lernerfolgskontrollen etc.) bereit und können an jedem Lernort just-in-time über unterschiedliche Endgeräte (PC, Notebook, Tablet, Smartphone) durch die Pflegekräfte abgerufen werden.

8.4 Diversitätssensible Gestaltung neuer Lernformate

8.4.1 Einführung in das Projektbeispiel



Abb. 8.2: Screenshot der Startseite der KOLIGE-App

Grundsätzlich sollte Lernen nur da digital unterstützt werden, wo es für die Pflegekräfte sinnvoll und unmittelbar nützlich ist. Teile des Lernens bedürfen eines Austausches, praktischer Anwendung und Übung außerhalb von digitaler Aufbereitung. Das Ziel bestand darin, alle Lernorte so miteinander zu verknüpfen, dass bestehende Präsenzangebote der Pflegeunternehmen konzeptionell kombiniert werden konnten. Für das *Workplace Learning* bedeutete es u. a., dass Interaktionssettings und Grenzen der zeitlichen Möglichkeiten auf der Tour mitberücksichtigt wurden. Insgesamt waren zwei Pflegedienste in das Projekt involviert, in denen ca. 15 Pflegekräfte in diversen Lebenssituationen, unterschiedlichen Alters, mit vielfältigem kulturellem Hintergrund, verschiedenen Qualifikationen, Berufserfahrungen und technischen Vorkenntnissen intensiv an der Entwicklung mitwirkten. In den folgenden Kapiteln wird beschrieben, wie die ausgeführten Diversitätsaspekte bei der Konzeptionierung und Gestaltung der Lernformate und -inhalte berücksichtigt wurden.

Gemeinsam mit den Pflegekräften als Expert*innen ihrer Arbeit und zukünftige Nutzer*innen wurden zwei digitale Lernbereiche entwickelt, erprobt, evaluiert und weiterentwickelt (siehe Abb. 8.2). Der Bereich *Nachschlagen* sollte den Pflegekräften auf ihren

Touren Handlungssicherheit in Form von schnell nachschlagbaren Kurzinformationen bieten. Der Bereich *Weiterlernen* stellt E-Learning-Module als Ergänzung zu den Präsenzfortbildungen zur Verfügung (Blended Learning).

8.4.2 Bereich ‚Nachschlagen‘

Der Bereich *Nachschlagen* wurde in einem Wikipedia-Format erstellt mit dem Vorteil, dass die Bedienung selbst den Pflegekräften bekannt war, die relativ selten das Internet nutzen und ihnen dadurch den Zugang erleichterte. Um ihren unterschiedlichen Vorkenntnissen gerecht zu werden, wurden Verlinkungen und eine Suchfunktion für zeitnahe und tiefgestaffelte Recherchen in den Lerninhalten erstellt.

Zum einen wurde ein Bereich für unternehmensspezifische Informationen eingerichtet, in dem Pflegestandards, Leitfäden für neue Mitarbeiter*innen und das Mitarbeiterhandbuch für Pflegekräfte auf der Tour bereit gestellt wurden. Zum anderen wurden relevante Informationen und Anleitungen für Notfälle und Leistungskomplexe partizipativ erarbeitet. So betonten die Pflegekräfte, dass Notfälle aufwühlend sein können und es daher wünschenswert wäre, bspw. eine Checkliste in der App zur Verfügung zu haben, die sie, bevor sie die Akutsituation verlassen, abrufen können, um sich zu vergewissern, dass sie an die wichtigsten Maßnahmen gedacht haben. Um sich auf eventuelle Situationen vorzubereiten oder das Erlebte nachzubereiten, wurden außerdem kleinere Lernnuggets, wie Kurzanleitungen bereitgestellt.

Hinter den sogenannten Leistungskomplexen stehen Arbeitspakete, die Pflegende bei den Patient*innen umsetzen sollen. Sie dienen abgekürzt (wie ‚LK14‘) oftmals als einzige Arbeitsanweisung. Um zu überprüfen, welche konkreten Aufträge die Leistungskomplexe beinhalten, wurden diese für die App aufbereitet.

Um Informationen schnellstmöglich auf Tour erfassen zu können, wurden Kurzanleitungen und Informationen mit verständlich prägnanten Texten (Stichpunkte, Schlüsselbegriffe), Bildern, Icons und Kurzvideos bereitgestellt. Damit sollten sowohl unterschiedliche Wissensvoraussetzungen als auch Sprachbarrieren berücksichtigt werden.

8.4.3 Bereich ‚Weiterlernen‘

Im Bereich *Weiterlernen* wurden die beiden Wunsch-Fortbildungsthemen *Sturz* und *Demenz* als Blended Learning-Lernmodule gemeinsam mit den Pflegenden und Dozent*innen erarbeitet und anschließend erprobt und evaluiert.

8.4.3.1 Lernmodul ‚Sturz‘ – Einbettung in vorhandene Fortbildungen und Aufbau

Im Blended Learning-Modul rund um das Thema *Sturz* wurden auf Basis der vorhandenen Präsenzschulungen zum Thema Sturzprophylaxe und der Bedarfe der Pflegekräfte weiterführende Inhalte für das E-Learning-Modul entwickelt. Der Einbezug der Dozent*innen in die Modulentwicklung trug zu einer nachhaltigen Nutzung der digitalen Lerninhalte in ihren zukünftigen Präsenzschulungen bei.

Das komplementäre E-Learning-Modul stellte einen experimentellen Prototyp dar, anhand dessen viele Erkenntnisse generiert werden konnten. Folgende Darstellung zeigt beispielhaft einen Pfad des Aufbaus:

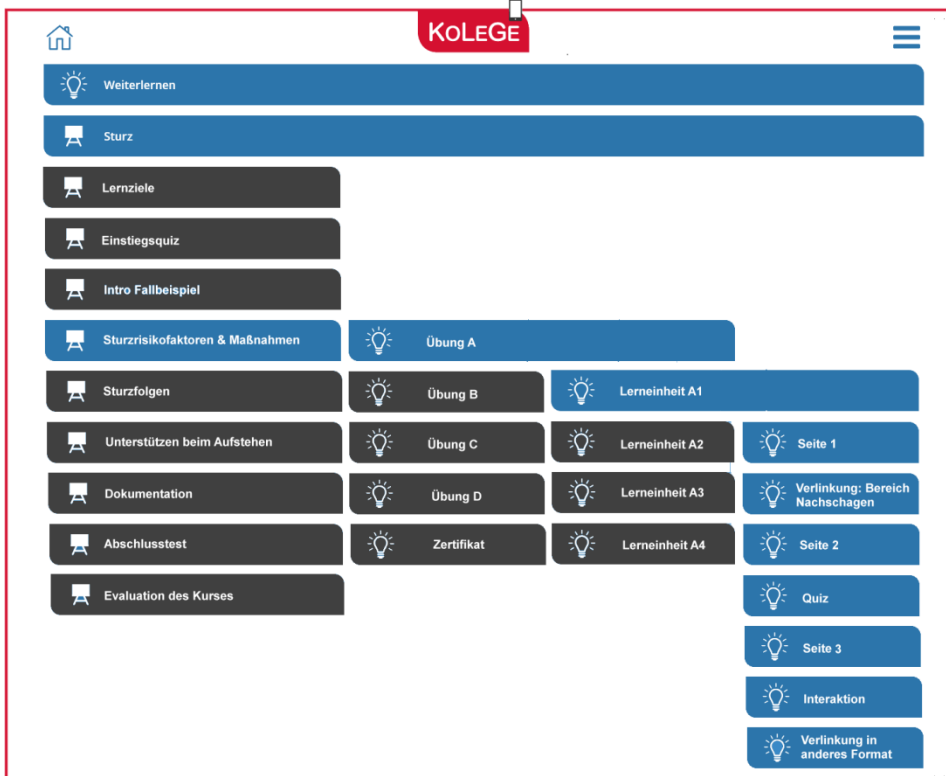


Abb. 8.3: Struktur des Blended Learning-Moduls, Thema Sturz auf der KOLeGE-Lernplattform

Um den Bezug zum Praxisalltag gewährleisten zu können, wurde gemeinsam mit den Pflegekräften ein Fallbeispiel erstellt, an dem die verschiedenen Unterthemen nacheinander behandelt werden (Abb. 8.3). Einleitend werden Lernziele beschrieben, als Teaser startet der Kurs mit einem Einstiegsquiz. Es folgt eine Einführung in das Fallbeispiel. Anschließend können verschiedene Lernbereiche (Sturzrisikofaktoren & Maßnahmen, Sturzfolgen etc.) unabhängig voneinander bearbeitet werden, sodass die Lernenden selbst entscheiden können, welche Themen für sie relevant sind. Die einzelnen Lerneinheiten sind tiefgestaffelt aufbereitet und teilweise untereinander verlinkt, um den unterschiedlichen Vorwissen und Interessen gerecht zu werden und intuitive weiterführende Recherche zu unterstützen. Für die Förderung des Theorie-Praxis-Transfers ist jedem Lernbereich eine Transfer-Übung zugeordnet. Ein erfolgreich bestandener Abschlusstest dient als Nachweis für das Bestehen des gesamten Moduls. Nutzer*innen können dann per Mausklick ein Zertifikat abrufen und dieses bei ihrem Arbeitgeber einreichen. Im Anschluss an das gesamte Lernmodul befindet sich ein digitaler Evaluationsfragebogen. Dieser diene in der Erprobungs- und Evaluationsphase vor allem der iterativen Weiterentwicklung des Konzeptes, der Inhalte, des Formats sowie der Methoden.

8.4.3.2 Methoden und Aufbereitung

Tests: Einstiegsquiz und Abschlusstest

Für das Einstiegsquiz und den Abschlusstest wurde eine mediale Lernbegleitung in Form interagierender Charaktere (Avatare) entwickelt, was vor allem von Pflegekräften, die dem E-Learning gegenüber zunächst skeptisch waren, als sehr positiv empfunden wurde: „Die nehmen einen an die Hand, motivieren einen und führen einen da so durch. Das ist sehr angenehm, wenn man so alleine vor dem PC sitzt“ (KoLeGe-Evaluationsgespräch zum Sturzlernmodul).

Das Einstiegsquiz erzeugte durch den interaktiven und spielerischen Einstieg in das E-Learning-Modul motivationsfördernde Effekte und erleichterte den Pflegekräften nach eigenen Aussagen den Einstieg in das Thema. Sie wurden in ihrem aktuellen Wissensstand abgeholt und erfuhren zum einen Wertschätzung ihrer vorhandenen Kenntnisse. Zum anderen erkannten sie eventuelle Wissenslücken, die dann wiederum lernmotivierend wirken können.

Tests haben durch ihre bewertende Wirkung starke emotionale Effekte auf die Teilnehmenden. Je nach didaktischer Qualität der Gestaltung (eindeutige Formulierung der Fragen/Antwortmöglichkeiten, Feedback bei falscher Antwort, etc.) können sich positive, aber auch negative Auswirkungen auf die individuelle Lernmotivation ergeben.

Fallorientierung

Die einzelnen Lernmodule werden durch Bilder einer Fotostory repräsentiert, die jeweils ein Fallbeispiel aus dem Arbeitsalltag der Pflegekräfte abbilden. Diese Art der Aufbereitung wurde von den an der Erstellung beteiligten Pflegekräften positiv beurteilt, weil sich diese bei der Rekonstruktion ihres Arbeitsalltages für das Fallbeispiel reflexiv mit den Herausforderungen einer solchen Situation auseinandersetzen und sich über Lösungsmöglichkeiten austauschen mussten. Auch die Aussicht, die eigenen Produkte – das mit Humor assoziierte Layout der Fotostory und insbesondere deren Bebilderung – erproben zu können, wirkte besonders motivierend. Die Lernthemen konnten so visuell mit der eigenen fallbezogenen Praxis verknüpft werden. Damit Pflegekräfte besser die Perspektive der Patient*innen berücksichtigen konnten, wurde beispielsweise ein kurzes kontextuelles Sturzvideo aus Sicht der Stürzenden eingestellt. Ein weiterer Aspekt zur Förderung des praxisorientierten Lernens sind Praxistransferaufgaben. Diese wurden teilweise für Lerntandems konzipiert, um den Austausch der Pflegekräfte untereinander anzuregen. Ressourcen, die in den Diversitäten der Kolleg*innen liegen, können das gemeinsame Lernen beflügeln.

Aufbereitung der medialen Lernmaterialien

Bei der Erstellung der Inhalte wurde auf möglichst barrierearme Formulierungen geachtet, um Pflegekräften mit unterschiedlichen sprachlichen Voraussetzungen eine schnelle Erfassbarkeit und Überschaubarkeit der Inhalte zu ermöglichen. Konzeptionell wurde dieser Aspekt in kurzen, einfachen Sätzen, Markierungen von Schlüsselbegriffen, Verwendung von Aufzählungen, zusammenfassenden Schaubildern und visualisierten Erklärungen von Begriffen berücksichtigt.

Herausforderung hierbei war die gleichzeitige Anforderung an eine barrierearme Sprache unter Verwendung einer Fachsprache. In den Erprobungsphasen stellte sich heraus, dass die Verwendung einfacher deutscher Begriffe mit optionaler Erweiterung um den Fachbegriff den größten Zuspruch fand – und nicht andersherum.

Außerdem wurden interaktive Bilder eingesetzt, auf denen bestimmte Ausschnitte angeklickt werden können, die zu weiteren Informationen (Erläuterungen und Tipps) führen.

Um Pflegekräften ein gutes Vorgehen insbesondere in Stresssituationen zu vermitteln, wurden Anleitungsvideos erstellt. Diese Formate wurden als sehr hilfreich empfunden, vor allem, weil sie unabhängig von Vorkenntnissen und Sprachbarrieren leicht zu verstehen sind. Sie können allerdings nur begrenzte Szenarien darstellen, da Spezifika in besonderen Situationen nur eingeschränkt abgebildet werden können: So berücksichtigen Anleitungsvideos zum kinästhetischen Aufhelfen nach einem Sturz keine vorhandenen Einschränkungen der Patient*innen wie z. B. Knie-Beschwerden. Um solche speziellen Herausforderungen zu erläutern, bietet sich die Verknüpfung mit Präsenzveranstaltungen an.

8.4.3.3 Lernmodul Demenz

Parallel zur Projektlaufzeit wurde von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft e. V ein öffentlich zugängiger E-Learning-Kurs zu Demenz entwickelt (www.elearning.wegweiser-demenz.de). Darauf beziehungsweise orientierte sich das im Projekt KOLeGE konzipierte Lernmodul zum selben Thema an den expliziten Bedarfen der Pflegekräfte. In den Entwicklungsworkshops mit den Mitarbeiter*innen wurde deutlich, dass Kommunikation für sie die größte Herausforderung im Umgang mit dementen Patient*innen darstellte. In dem komplementären Lernmodul *Demenz* wurde der Schwerpunkt deshalb auf eine digitalgestützte Reflexionsübung in herausfordernden Situationen gelegt.

Im Zentrum des Moduls steht eine Lerneinheit, welche Eigenreflexion sowie gemeinsame Reflexionen in Lerntandems anvisierte. Die Evaluation ergab, dass vor allem die Reflexionsübungen schwerfielen, da hierfür eine erhebliche Kompetenz der Selbstorganisation erforderlich war. Diese könnte durch eine ausgebaute Begleitung in den Präsenzfortbildungen gefördert werden.

Positiv wurde vor allem die Aufbereitung der Lerninhalte, (u. a. ein Comic als Darstellungsart für das gemeinsam entwickelte Fallbeispiel) bewertet. Hier fanden sich ähnliche positive Effekte der Beteiligung, wie auch bereits für das Modul *Sturz* beschrieben.

8.5 Regelungen zum Einsatz digital gestützten Lernens

Um digital gestütztes Lernen in das bestehende Fortbildungssystem von Pflegediensten nachhaltig einzubinden, sind verlässliche Regelungen unabdingbar. Diese sollten insbesondere Fragen der betrieblichen Anerkennung digital absolvierter Fortbildungsanteile (z. B. Gleichwertigkeit), datenschutzrechtliche Aspekte, Qualitätsanforderungen an die Lernmaterialien, Zugangsberechtigungen für die heterogenen Beschäftigtengruppen und Fragen der Anerkennung von Lern- als Arbeitszeiten umfassen. Diese Fragen haben besondere Relevanz für die individuelle Planung der Lernzeiten und -orte im Alltag der Pflegekräfte unter Berücksichtigung ihrer Qualifikationsvoraussetzungen.

8.6 Fazit

Ein digital gestütztes Lernmanagement bietet erweiterte und neue Möglichkeiten, der Diversität von Pflegekräften gerecht zu werden. Ein gut gestaltetes und partizipativ entwickeltes *Blended Learning* ermöglicht den Pflegekräften mehr Selbstbestimmung beim Lernen: neben einer verbesserten räumlichen und zeitlichen Flexibilität zeigt sich diese

inhaltlich in einer bedarfsbezogenen Themenauswahl und auf Lerntypen bezogen durch eine adäquate methodische Aufbereitung (Tiefenstaffelung, mediale Gestaltung).

Werden die Pflegekräfte in die Gestaltung, Erprobung und Evaluation gleichrangig einbezogen, kann dadurch deren Motivation und das Interesse an der Nutzung digital gestützter Fortbildung gesteigert werden. Durch die Beteiligung am Veränderungsprozess können sich Beschäftigte darüber hinaus in neuen Rollen verorten und weiterentwickeln. Diese Chancen der Beteiligung setzen allerdings bestimmte Rahmenbedingungen voraus. Personalressourcen sind knapp und die Motivation der Mitarbeiter*innen muss oft erst gefördert werden.

In den Erfahrungen des Projekts wurde darüber hinaus deutlich, dass die Gestaltung von Tests einen bedeutenden Einfluss auf die Lernmotivation der Nutzer*innen haben, denn diese bewerten das Wissen der Nutzer*innen und lösen somit Emotionen bei den Lernenden aus. Daher war es gerade im Kontext von E-Learning wichtig, neben eindeutigen Formulierungen auch unterstützende Rückmeldungen einzusetzen. Visuell begleitende ‚Charaktere‘ können im gesamten Lernmodul hilfreich sein, da sie mit dem Gefühl assoziiert werden, sich nicht alleine durch ein Lernmodul arbeiten zu müssen. Auch sollten Module möglichst übersichtlich gestaltet sein – kurze, gut strukturierte Lerneinheiten wurden als lern- und motivationsfördernd wahrgenommen.

E-Learning ist nicht als Stand-Alone-Lösung nachhaltig nutzbar, sondern immer nur als Ergänzung von Präsenzveranstaltungen, da Pflegekräfte das praktische interaktive Arbeiten und Lernen mittels Einüben und Ausprobieren schätzen und im persönlichen Austausch spezifische Situationen und Fälle gemeinsam durchdringen können. Mittels bedarfsgerechter und beteiligungsorientierter Gestaltung im Rahmen eines Blended Learning-Konzepts kann es aber seine Potenziale entfalten – gerade auch für die personell und von der Arbeitsdichte so stark beanspruchte ambulante Pflege.

Literatur

- Aretz, H.-J., Hansen, K. (2003). Erfolgreiches Management von Diversity. Die multikulturelle Organisation als Strategie zur Verbesserung einer nachhaltigen Wettbewerbsfähigkeit. Zeitschrift für Personalforschung 1, 9-36.
- Becker, M. (2015). Systematisches Diversity Management. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.
- Bendl, R., Eberherr, H., Mensi-Klarbach, H. (2012). Vertiefende Betrachtungen zu ausgewählten Diversitätsdimensionen. In: Bendl, R., Hanappi-Egger, E., Hofmann, R. (Hrsg.), Diversität und Diversitätsmanagement (S. 79-135). Wien: facultas.wuv.
- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (2018). Altenpflege in Deutschland. Ein Datenbericht 2018. Stand 04/2018. Hamburg. https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/Wissenschaftsforschung/BGW55-83-110_Trendbericht-Altenpflege_2018_Download.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff am 04.03.2020).
- Bleses, P., Busse, B., Friemer, A., Behling, U., Kludig, R., Breuer, J., Philippi, L. (2019). Handlungsleitfaden für die Praxis. Digitalisierung personenbezogener sozialer Dienstleistungen. Universität Bremen.
- Bogert, B. (2012). Alters- und demographiegerechte Personalpolitik in einer sozialen Einrichtung – das Beispiel St. Gereon Seniorendienste. In: Charta der Vielfalt e.V. (Hrsg.),

- JUNG – ALT – BUNT, Diversity und der demographische Wandel (S. 48-52). https://www.charta-dervielfalt.de/fileadmin/user_upload/Studien_Publikationen_Charta/Jung_Alt_Bunt.pdf (Zugriff am 04.03.2020).
- Breuer, J., Bleses, P., Philippi, L. (2020). Nutzerorientierte Gestaltung einer Kommunikations- und Lern-App für die ambulante Pflege. Kapitel 7 in diesem Band.
- Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) (2015). Migration und Pflege in Kurzdossier Fokus Migration. http://www.bpb.de/system/files/doku-ment_pdf/Kurzdossier_Migration%20und%20Pflege_2015.pdf (Zugriff am 19.8.2019).
- Bundesministerium für Gesundheit (2018). Beschäftigte in der Pflege. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegekraefte/beschaeftigte.html#c3331> (Zugriff am 23.08.2019).
- Corrin, L., Bennett, S., Lockyer, L. (2013). Digital Natives: Exploring the Diversity of Young People's Experience with Technology. In: Huang, R., Kinshuk, Spector, J. M. (Hrsg.), *Reshaping Learning Frontiers of Learning Technology in a Global Context* (S. 113-138). Berlin/Heidelberg: Springer.
- Friemer, A. (2020). Digitale Technik droht? Bedroht? Wirklich nur? Kompetenzentwicklung in Veränderungsprojekten. Kapitel 9 in diesem Band.
- Gardenswartz, L., Rowe, A. (2010). *Managing Diversity*. Alexandria, Virginia: Society for Human Resource Management.
- Geyer, J. (2016). Informell Pflegende in der deutschen Erwerbsbevölkerung: Soziodemografie, Pflegesituation und Erwerbsverhalten. In: Zentrum für Qualität in der Pflege (Hrsg.), *ZQP-THEMENREPORT Vereinbarkeit von Beruf und Pflege* (S. 24-43), Berlin. https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Report_Vereinbarkeit_Beruf_Pflege_Pflegende_Angehoerige.pdf (Zugriff am 04.03.2020).
- Hankin, H. (2005). *The New Workforce: Five Sweeping Trends That Will Shape Your Company's Future*. New York: Amacom.
- Helmer, M. (2007). Forschung gegen Vorurteile, Böckler Stiftung (Hrsg.), *Magazin Mitbestimmung* 7-07. https://www.boeckler.de/20261_20267.htm# (Zugriff 04.03.2020).
- INQA (2018). INQA-Check „Vielfaltsbewusster Betrieb“. https://www.inqa.de/Shared-Docs/PDFs/DE/Publikationen/inqa-check-vielfaltsbewusster-betrieb.pdf;jsessionid=0E3F5021C06_124A25959BAD_88DA48777?__blob=publicationFile&v=3 (Zugriff am 04.03.2020).
- Larsen, C. (2019). Studie untersucht Konflikte am Pflegebett – Viele Missverständnisse in internationalen Pflegeteams. Interview Deutschlandfunk. https://www.deutschlandfunkkultur.de/studie-untersucht-konflikte-am-pflegebett-viele.1008.de.html?dram:article_id=442474 (Zugriff am 04.03.2020).
- Mahler, C. (1998). *Das Fort- und Weiterbildungsverhalten des Pflegepersonals – Aspekte beeinflussender Faktoren*. Magisterarbeit. Universität Heidelberg, Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften.
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS), GKV Spitzenverband (2016). *Qualitätsprüfungs-Richtlinien Transparenzvereinbarung – Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI Teil 1 – Ambulante Pflege*. Mülheim an der Ruhr.

- Michel, L. P. (2006). Digitales Lernen. Forschung – Praxis – Märkte. Ein Reader zum E-Learning. Essen/Berlin: MMB Institut für Medien- und Kompetenzforschung.
- Poppe, H. (2006). Strategische Überlegungen und Anwenderhinweise für die berufliche Bildung und Weiterbildung. In: Henning, P. A., Hoyer, H. (Hrsg.), eLearning in Deutschland. Berlin.
- Reglin, T. (2003). Instrumente selbstorganisierten Lernens – Was neue Medien leisten können. In: Loebe, H., Severing, E. (Hrsg.), eLearning für die betriebliche Praxis (S. 143 – 157). Bielefeld: Bertelsmann.
- Schaeffer, M (2016). Diversity erfassen: Statistische Diversitätsindizes. In: Genkova, P., Ringeisen, T. (Hrsg.), Handbuch Diversity Kompetenz: Perspektiven und Anwendungsfelder (S. 47-59). Wiesbaden: Springer.
- Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit (SBW) und Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen (SKJF) (2011): Berufsordnung für die staatlich anerkannten Pflegeberufe vom 4. Februar 2011. Bremen.
- Stamov-Roßnagel, C. (2008). Berufliche Lernkompetenz jenseits der 40: Neue Ansatzpunkte der Förderung, In: Becker Stiftung (Hrsg.), Kognition, Motivation und Lernen älterer Arbeitnehmer – Dokumentation der Tagung am 18. und 19. September 2008 in Bonn.
- Statistisches Bundesamt (2018). Pflegestatistik. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse, https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/Downloads-Pflege/pflege-deutschlandergebnisse-5224001179004.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff am 04.03.2020).

9 Digitale Technik droht? Bedroht? Wirklich nur?

Kompetenzentwicklung in Veränderungsprojekten¹⁶

Andreas Friemer

Zusammenfassung

Die Digitalisierung der Arbeit in der ambulanten Pflege hat nach den Verwaltungs- und Organisationsbereichen inzwischen auch die Pflegearbeit am und mit dem Menschen erreicht. Bei Pflegekräften erzeugt die Ankündigung eines digitalen Veränderungsvorhabens in ihren ureigenen Arbeitsbereichen häufig ein Unsicherheitsgefühl, da die damit einhergehenden (Qualifikations-)Anforderungen oftmals unklar erscheinen. Für die Pflegekräfte bedeutet das trotzdem: ‚Wegducken geht nicht‘ – sie müssen sich den Anforderungen stellen. Für die Bereitschaft, sich an den erforderlichen Aneignungsprozessen zu beteiligen, ihre neue(n) Rolle(n) im Gesamtprozess verorten zu können und die benötigten Befähigungen zur Arbeit mit den neuen Arbeitsmitteln zu erlangen, benötigen sie entsprechende Kompetenzen – fachliche und überfachliche. Um diese bilden zu können, bedarf es jedoch zwingend eines verlässlichen betrieblichen Handlungs- und Entwicklungsrahmens. Der Beitrag fokussiert die Perspektive der Pflegekräfte in Hinblick auf die Veränderungsdimension *Kompetenzen* als Basis für berufliche Handlungsfähigkeit und thematisiert darüber hinaus die Potenziale der neuen Technologien für die personale Weiterentwicklung von Beschäftigten.

9.1 Einleitung

Die Digitalisierung der Arbeit in der ambulanten Pflege hat an Fahrt aufgenommen und inzwischen nach den Verwaltungs- und Organisationsbereichen auch die originäre Pflegearbeit am und mit dem Menschen erreicht. Bei Pflegekräften erzeugt die Ankündigung eines digitalen Veränderungsvorhabens, also meist einer konkret anstehenden Technikeinführung, in ihren ureigenen Arbeitsbereichen oftmals ein Unsicherheitsgefühl – insbesondere dann, wenn diese erst ‚in letzter Sekunde‘ kommuniziert resp. verkündet wird und dann scheinbar wie eine Welle über sie hereinbricht. Für die Personalverantwortlichen in Unternehmen ergeben sich dann besondere organisationale Herausforderungen, die nicht einfach mit Techniks Schulungen zu meistern sind.

Der Beitrag wirft einen Blick auf diese Situationen und nimmt dabei die Perspektive der mit den Veränderungsprozessen konfrontierten Pflegekräfte ein. Er fokussiert dadurch insbesondere die personale, in den Schnittmengen aber auch organisationale Betroffenheit (Führungskräfte) durch Technikeinführung in Hinblick auf die *Kompetenzen*. Kompetenz bzw. deren (Weiter)Entwicklung ist erst einmal *eine Veränderungsdimension* im Prozess der Digitalisierung von Arbeit, die Wirkungen auf die Arbeitsqualität und die organi-

¹⁶ Dieser Beitrag beruht auf den Ergebnissen des vom BMBF und ESF geförderten Verbundprojekts KoLeGe („Interagieren, Koordinieren und Lernen – Chancen und Herausforderungen der Digitalisierung in der ambulanten Pflege“, gefördert vom 1. September 2016 – 31. Dezember 2019, FKZ: 02L15A010-02L15A014).

satorische Effizienz erzeugt – als Herausforderung ebenso wie als Ressource. Und das gilt auf unterschiedlichen Hierarchiestufen, für verschiedene Qualifikationsgruppen, für organisatorische Rahmenbedingungen und weitere organisationale und individuelle Dispositionen (zu organisationalen Aspekten siehe Bleses/Busse in diesem Band, Kap. 4; zu Diversität und Lernstrukturen siehe Kludig/Friemer in diesem Band, Kap. 8).

In Bezug auf die Anpassungsleistungen, die dem beteiligten Pflegepersonal als *Wirkungen* der Digitalisierung von Arbeit abverlangt werden, ergeben sich neue Anforderungen an die Entwicklung von fachlichen und überfachlichen Kompetenzen. Gleichzeitig bilden die *vorhandenen Kompetenzen* der Pflegekräfte aber überhaupt erst die Basis für die grundsätzliche Fähigkeit zur Auseinandersetzung mit diesen Anforderungen (zum Einbezug der Beschäftigtenexpertise in betriebliche Gestaltungsprozesse siehe Evans et. al in diesem Band, Kap. 10). Kompetenzen existieren im Veränderungsprojekt „Digitalisierung der Arbeit in der Langzeitpflege“ also in zweierlei Hinsicht. Sie werden erstens als Ressource vorausgesetzt, um darauf aufbauend zweitens *erweiterte* Kompetenzen für die Bewältigung der neuen Anforderungen zu *bilden* – eine Herausforderung in doppelter Hinsicht: Welche bestehenden Ressourcen können adressiert werden, um – wie – darauf aufbauen zu können? Das ist zwar eine große Mission, zielführend umgesetzt aber keine unmögliche.

Der Beitrag gliedert sich in vier Themenbereiche. Er thematisiert zunächst die qualifikatorischen Anforderungen und emotionalen Herausforderungen, die sich aus der Einführung digitaler Technik in tradierte analoge Arbeitsprozesse für die betroffenen Pflegekräfte ergeben. Anschließend werden die Bedeutung von Kompetenzen für die Entwicklung von beruflicher Handlungsfähigkeit skizziert und darauf aufbauend die für die Beschäftigten in der ambulanten Pflege maßgeblichen Kompetenzdimensionen beschrieben. In einer abschließenden Reflexion werden Möglichkeitsräume für die personale Weiterentwicklung der Pflegekräfte aufgezeigt, die sich aus den inhärenten Potenzialen der Aneignung digitaler Technik für eigene Zwecke ergeben könnten – insbesondere für die Entwicklung von *Selbstlernkompetenz* als Basis für *Longlife Employability*.

9.2 Digitalisierte Arbeit kommt über sie!

Größere Veränderungen in Unternehmen wie die Einführung digitaler Technik in die Arbeitsprozesse der Pflegekräfte in der ambulanten Pflege sind komplexe Vorhaben, die, sollen sie erfolgreich implementiert und nachhaltig genutzt werden, den unterschiedlichen Herausforderungen auf Seiten aller Pflegebeschäftigten gerecht werden müssen. Dies gilt insbesondere für die eigentliche Pflegearbeit – die Arbeit an und mit Menschen –, die zunehmend in den Fokus von Digitalisierung resp. digitaler Lösungsangebote für unterschiedliche Tätigkeitsbereiche gerät. Pflegekräfte sehen sich daher in immer mehr Pflegediensten mit der Ankündigung konfrontiert, in ihrem Arbeitsalltag zukünftig digital unterstützte und damit aber auch kontrollierbare (kontrollierte) Tätigkeiten ausführen zu müssen. Treiber solcher Neuerungen sind in den allermeisten Fällen in Bestrebungen der Pflegedienste begründet, Arbeitsprozesse im gesamten ambulanten Pflegeablauf effizienter gestalten zu wollen – oder in Bezug auf die Anbieterkonkurrenz gar nicht anders handeln zu können.

Für Pflegekräfte rütteln solche Ansinnen zunächst einmal fundamental an den Sichtweisen auf ihre Arbeit, kommen in Bezug auf die unmittelbaren Auswirkungen auf ihre Tätigkeiten etwas nebulös daher und nagen als (scheinbar) externe Vorhaben am Fundament des Selbstverständnisses ihrer Berufsausübung (vgl. Hielscher et al. 2015). Auf den ersten

Blick kann sich für sie nämlich ein Widerspruch auftun: zwischen humaner Interaktion und dem Eindruck eines ‚Dazwischenschiebens‘ von Technik in diese Beziehungen (siehe Bleses et al. in diesem Band, Kap. 2). Für Pflegekräfte stellt sich darüber hinaus die wesentliche Frage nach dem ‚Warum‘ der Innovationen. An diesem ‚Warum‘ werden (zunächst in einem ersten Reflex) Ankündigungen gemessen, zukünftig die ambulante Tour oder Teile davon (z. B. Eingabe der Ankunft und Abfahrt aus der Wohnung der Patient*in) digital zu erfassen.

Das ‚Warum‘ bezieht sich in den allermeisten Fällen auf den Sinn einer solchen Maßnahme, insbesondere unter dem Gesichtspunkt der Tauglichkeit für die Unterstützung der Pflegekraft bei den ‚eentlichen‘ Tätigkeiten – also auf deren Effizienz für die Erleichterung der eigenen Arbeit. Eine solche Perspektive auf Effizienz hat außer der Begrifflichkeit auf den ersten Blick wenig mit der klassischen organisatorischen Sicht auf dieses Feld zu tun – deren Ausrichtung sich ja auch in der betriebswirtschaftlichen Begrifflichkeit ‚Produktivitätssteigerung‘ widerspiegelt. Im Unterschied zu solch einer Sicht auf Effizienz als Beurteilungskriterium für die Wirksamkeit von digitaler Technologie für die Effektivierung von Organisationsprozessen in Hinblick auf den Geschäftszweck stellt sich für die Pflegekräfte in ihrem Arbeitsalltag eine ganz andere Frage. Die nämlich, ob der geplante Einsatz digitaler Technik zu einer Verbesserung ihrer unmittelbaren Arbeitsbedingungen beitragen und die Arbeit mit den Pflegebedürftigen unterstützen kann, oder aber, wenn nicht, was sich alles an störenden Folgen und Wirkungen und im ‚worst case‘ sogar an Verschlechterungen ergeben kann.

Der (scheinbare) Widerspruch zwischen humaner Interaktion und störender Technik muss also – wenn digitale Technik erfolgreich eingeführt und nachhaltig genutzt werden soll – irgendwie aufgelöst werden. Das kann für die Pflegekräfte nur dann auf einer rationalen Ebene geschehen, wenn unternehmensseitig durch die verantwortlichen Entscheidungsträger*innen frühzeitig und möglichst weitestgehend auf Transparenz und in der Folge auf eine Beteiligung aller Betroffenen gesetzt wird, und so „die explizite Berücksichtigung von Praxisbedarfen und Praxisnutzen durch und im Beteiligungsprozess sichtbar (gemacht wird)“ (siehe Bleses et al. 2020, S. 51). So könnte unter der Zielsetzung, dass „der organisatorische Aufwand durch digitale Unterstützung verringert werden (soll), um Raum für die ‚eentliche‘ Pflege zu schaffen“ (siehe Bleses et al. in diesem Band, Kap. 2) auch der beschriebene Doppelcharakter (organisationaler/arbeitsprozessualer Kontext) des Effizienzbegriffs praktisch zusammengeführt werden. Hierzu sind allerdings realistische Einschätzungen des Aufwandes und der benötigten Ressourcen unabdingbar, denn die Beschäftigung mit der digitalen Technik (Verständnis, Akzeptanz, Qualifizierung, Einbettung) ist ja per se zusätzliche Aufwendung, die parallel zu der sowieso in der Pflegebranche überdurchschnittlich verdichteten Arbeit bewältigt werden will.

Die Einführung digitaler Technik resp. neuer digital unterstützter Arbeitsabläufe baut Anforderungen an die Kompetenzen der Pflegekräfte auf, die sich aus ihrer Sicht zunächst in diesem Stadium nicht abschätzen lassen. Je nach persönlicher Disposition, z. B. Nutzungserfahrungen und Affinität zu digitaler Technik, fällt ein unterschiedlicher Blick auf das digitale Neue und determiniert dadurch auch in Teilen die Einstellung dazu, wie ‚man‘ sich dazu verhalten soll oder auch kann. Der Austausch mit betroffenen Kolleg*innen ist hier dann erst mal die nächstliegende Verarbeitungsmöglichkeit (-strategie) und kann, wenn die Neuerungen durch die Unternehmensleitung unklar, unvollständig oder mit unzureichendem zeitlichen Vorlauf kommuniziert werden, die Grundhaltung vieler Beschäftigten zuweilen negativ beeinflussen.

Dieses grundsätzliche Unbehagen der betroffenen Pflegekräfte speist sich aus der Unwägbarkeit der Veränderungen der tradierten und bewährten Rahmenbedingungen ihrer Arbeit (Ängste in Bezug auf Anforderungen, Arbeitsintensivierung, Überwachung, Beschäftigungssicherheit etc.), in denen sie sich bisher weitestgehend sicher bewegen und auf Basis ihres Berufsethos handlungssicher agieren. Und die für sie zudem die gefühlte arbeitsrechtliche Grundlage ihrer Berufsausübung bilden.

Neben solchen eher fundamentalen Unsicherheiten gegenüber Technik, die in humanbasierte Interaktion mit den Pflegebedürftigen ‚einbricht‘, hängt der Grad der individuellen – aber auch gruppenbezogenen – Betroffenheit davon ab, in welchen speziellen Prozessbereichen (die) Veränderungen zu verorten sind – in welchen sie wirken bzw. hineinwirken.

Vermutlich wird den – in diesem Band als erste Interventionsstufe der Digitalisierung in der Langzeitpflege beschriebenen – Anwendungsfeldern ‚Organisation‘ und ‚Effizienz‘ (siehe Bleses et al. in diesem Band, Kap. 2) in der Pflegezentrale ein emotional geringeres Bedrohungspotenzial zugemessen als Veränderungen, die die originäre Pflegearbeit im o.g. Sinn betreffen. Die aus den ersteren Nutzungsszenarien resultierenden Veränderungen für die Pflegekräfte erfordern von diesen zumeist zunächst nur eine zusätzliche Digitalisierungsarbeit parallel zu ihrer heutzutage bereits analog stattfindenden Leistungsdokumentation (z. B. die anschließende elektronische Bearbeitung der schriftlichen Dokumentation auf der Tour in der Pflegezentrale).

Abhängig Beschäftigte wie ambulante Pflegekräfte sind dem extern initiierten Wandel ihrer Arbeitsbedingungen häufig ausgesetzt, ohne ihn in der Regel mitbestimmen zu können. Wegducken, aussitzen oder ignorieren geht dabei meist praktisch nicht, weil es sich bei einem digitalen Veränderungsprojekt ja um eine – von der Geschäftsführung – initiierte technologische Innovation in Bezug auf die Effektivierung organisatorischer Prozesse bzw. um die Rationalisierung von Arbeitsschritten handelt. Diese kann aber auch für das Unternehmen nur dann optimale Wirkung entfalten, wenn sie innerbetrieblich möglichst flächendeckend in allen betroffenen Arbeits- und Tätigkeitsbereichen durch- bzw. umgesetzt wird. Diese Zielsetzung nötigt Beschäftigte prinzipiell dazu, sich den Neuerungen auf irgendeine Art und Weise zu stellen und sich entsprechend zu verhalten. Ob diese Anforderung(en) nur als Bedrohung empfunden oder möglicherweise auch als Chance(n) für die eigenen Zwecke (z. B. berufliche und persönliche Weiterentwicklung) eingeschätzt werden, hängt ganz wesentlich von der Vermittlung der arbeitsbezogenen Sinnhaftigkeit und der Organisation dieser Veränderungsprozesse ab. Und dafür liegt ein großer Teil der Verantwortung bei der Organisation.

Aber nicht nur: Digitalisierung klopft nicht urwüchsig von alleine an die Tür und daher erfolgt die Entwicklung und Einbindung neuer Technologien in betriebliche Abläufe in den meisten Fällen aus Gründen der Rationalisierung von Arbeitsprozessen und verdankt sich damit aus der Sicht der Pflegekräfte zunächst fremden (entfremdeten) Interessen. Andererseits aber können in solchen arbeitsverändernden Prozessen auch Möglichkeiten für die Aneignung durch die Beschäftigten liegen. Effizienz – in betrieblicher Zwecksetzung gedacht – kann durchaus korrespondieren mit – arbeitsprozessual gedachter – Erleichterung von Pfl egetätigkeiten z. B. in Hinblick auf Verlässlichkeit und Planungssicherheit, aber auch in Bezug auf Anpassungsoptionen auf der Tour. Über diese Funktion/diesen Nutzen neuer Technologien als zukünftige digitale Arbeitsmittel hinaus bergen diese vielleicht auch Ressourcen, die sich als Hilfen für die eigene berufliche Entwicklung nutzen lassen. Solche Potenziale lassen sich für die Beschäftigten jedoch nur dann ausloten, wenn sie sich den Neuerungen konstruktiv annähern, reflektieren und mitgestalten.

Hier ist seitens der Beschäftigten auch ein aktiverer, auch fordernder Umgang mit den eigenen Ansprüchen in Bezug auf die Einbindung digitaler Technik in ihren Arbeitsalltag angebracht:

- Wie kann MIR Arbeit mit Technik im Arbeitsalltag konkret helfen?
- Was ist verbesserungswürdig?
- Was würde ich mir als digitale Hilfen wünschen?
- Wie verändert sich meine Arbeit?
- Was muss ich jetzt alles mitberücksichtigen?
- Welches Wissen benötige ich dafür?
- Welche neuen Regelungen und Rahmenbedingungen gelten zukünftig?
- Was bedeutet das alles für meine Patient*innen?

Pflegebeschäftigte stehen also vor der Herausforderung, ihre neuen Rollen in den digitalisierten Arbeitsprozessen zu verorten. Im Regelfall bedeutet die Einbindung digitaler Technik für sie erweiterte Verantwortlichkeiten in Bezug auf die Bedeutung ihrer Tätigkeiten für den organisatorischen Gesamtprozess (z. B. Einhaltung geregelter Kommunikationswege, Verlässlichkeit der Datenpflege, Datenschutz). Alles Aspekte, die nicht nur individuell zu bearbeiten sind, sondern auch organisational neue Antworten erfordern.

9.3 Kann ich das alles bewältigen? Welche Kompetenzen benötige ich dafür?

Veränderungsprojekte wie die Digitalisierung der Arbeit in der ambulanten Pflege adressieren in ihren (Teil)Prozessen mit der erstmaligen oder auch erneuten Einführung digitaler Technik mehrere Anforderungsdimensionen an Qualifikation und Kompetenz bei den betroffenen Mitarbeiter*innen. Kompetenzen bilden dabei die wesentliche Basis für die Handlungsspielräume von Akteur*innen in Veränderungsprozessen. Diese lassen sich in *fachliche* und *überfachliche* unterteilen.

Fachkompetenzen

Im beruflichen Kontext bilden die fachlichen Kompetenzen im Wesentlichen *IT- und Medienkompetenz* ab. Diese ergeben sich aus der „Fähigkeit und Bereitschaft eines Individuums, unter anforderungsgerechter, sachgemäßer und reflektierter Auswahl und Verwendung informationstechnischer Infrastruktur, Geräte, Systeme und Anwendungen, individuell, sozial, ökonomisch und ökologisch verantwortlich und durchdacht ein berufliches Ziel zu erreichen, eine berufliche Herausforderung zu bewältigen oder ein berufliches Problem zu lösen“ (Härtel et al. 2018, S. 7).

Neben dieser fachlichen Ebene des Erlernens und Bedienens der neuen Technik in Form der Software, Hardware und Vernetzungstechnik kommt dem Verstehen der neuen digital eingebundenen Arbeitsprozesse und dem Verorten der eigenen Tätigkeit darin eine ebenso wichtige Rolle zu. Vielleicht sogar mit einem erheblich höheren Aufwand in einer geänderten Arbeitswelt, in der unter Umständen viele jahrelang bewährte Abläufe und Routinen neu erarbeitet werden müssen.

Um sich darauf einstellen zu können, Akzeptanz und vielleicht sogar ein Art Affinität zu den neuen Arbeitsmitteln entwickeln zu können und letztendlich gut und gerne mit dieser Technik arbeiten und perspektivisch auch lernen zu können, bedarf es grundlegender Kompetenzentwicklung bei allen Beteiligten. Diese bilden die Grundlagen für die

erforderlichen *Fähigkeiten*, aber wesentlich auch für die *Bereitschaft*, diese anzuwenden und sich partizipativ an den Veränderungsprozessen beteiligen zu wollen.

Um welche Kompetenzen handelt es sich jedoch hierbei? Welche vorhandenen können bei den Beschäftigten adressiert werden, welche müssen gestärkt oder sogar erst entwickelt werden? Aufgrund der Unterschiedlichkeit der Pflegekräfte sind zudem individuelle Faktoren zu berücksichtigen (siehe Kludig/Friemer in diesem Band, Kap. 8). Welche Kompetenzen sind bei wem bereits vorhanden, welche werden benötigt, welche müssen individuell entwickelt werden und welche lassen sich vielleicht – auf welche Weise – für mehrere Pflegekräfte zusammenfassen?

Als Anforderung an die Pflegekräfte bedeutet dies, nicht nur in einem angemessenen Umfang über die technischen Kenntnisse zur Bedienung der neuen Programme und Geräte zu verfügen, sondern auch den Kontext ihrer Nutzung zu verstehen. In der Konsequenz muss sich jede/r Anwender*in auch mit der Bedeutung der eigenen Rolle und ihrer Verantwortlichkeit in der gesamten digitalen Prozesskette auseinandersetzen. Jedem bzw. jeder muss klar sein, welche Konsequenzen z. B. eine falsche oder eine nicht erfolgte (vergessene) Eingabe im digitalen Tourenbegleiter z. B. für eine funktionierende Informationskette oder für die Leistungsabrechnung mit den Pflegekassen haben kann.

Überfachliche Kompetenzen

Neben Fachkenntnissen als unerlässliche Basis des täglichen digital eingebundenen Handelns in der ambulanten Pflege sind deshalb bei den Pflegekräften *überfachliche Kompetenzen* gefordert, um genau die oben beschriebene verantwortliche Einbindung der eigenen Tätigkeit in den Gesamtprozess identifizieren, definieren und ausüben zu können. Um ein Verständnis dafür entwickeln zu können und auch zu wollen, bedarf es einer Bereitschaft, sich konstruktiv an der Entwicklung von Prozessen zu beteiligen, eigene Erfahrungen einzubringen, sich mit anderen darüber auszutauschen, Rückmeldungen zu geben und die eigenen Qualifizierungsbedarfe einzubringen und einzufordern.

Damit Pflegekräfte den Ansprüchen solch einer handlungsorientierteren Rolle gerecht werden können, müssen sie über entsprechende „Dispositionen selbstorganisierten Handelns“ (Erpenbeck und von Rosenstiel 2007, S. XIX) verfügen, die es ihnen ermöglichen, „neue unvorhersehbare Situationen selbstorganisiert und kreativ zu bewältigen“ (Erpenbeck und von Rosenstiel 2017, S. XXV). In der berufspädagogischen Forschung werden diese Dispositionen selbstorganisierten Handelns modellhaft in vier Kompetenzklassen unterteilt:

1. *Personale Kompetenzen* versetzen eine Person überhaupt erst in die Lage, sich mit technischen Innovationen des eigenen Arbeitens und Lernens auseinanderzusetzen: z. B. die Beteiligungsbereitschaft.
2. *Aktivitäts- und umsetzungsorientierte Kompetenzen* lassen eine Person erkennen, was sie von sich selbst und vom organisationalen Rahmen in technischen Entwicklungsprozessen erwartet und wie sie sich selbst in der Entwicklung verortet.
3. *Fachlich-methodische Kompetenzen* ermöglichen es, Fachkenntnisse (z. B. der Pflegearbeit) mit digitaler Unterstützung, zu verbinden, z. B. die Nutzbarkeit von Technik für das eigene pflegerische Handeln zu erkennen (etwa den Nutzen, fachliche Inhalte auf mobilen digitalen Geräten mit sich führen und in bestimmten Pflegesituationen darauf zurückgreifen zu können).
4. *Sozial-kommunikative Kompetenzen* ermöglichen Beschäftigten, Anforderungen durch die Einführung und Nutzung der Technik durch Austausch und Kooperation zu bewältigen (z. B. durch wechselseitiges Lernen in Teams).

Dieses Spektrum an Kompetenzen kommt bei den Pflegekräften auch schon heutzutage in ihrer – bisher im Regelfall noch nicht oder nur in Ansätzen digitalisierten – ambulanten Pflegearbeit in unterschiedlichem Umfang, unterschiedlicher Tiefe und mit unterschiedlichem Praxisbezug zur Anwendung. Diese sind wesentliche Säulen ihrer *beruflichen Handlungsfähigkeit*. So basiert eine erfolgreiche Interaktionsarbeit, die wesentlich durch erfahrungsgeleitetes Handeln der Pflegekräfte getragen wird, auf dem Zusammenspiel zwischen überfachlichen Kompetenzen und fachlichen Qualifikationen der Beschäftigten in allen Tätigkeitsbereichen. *Personale Kompetenzen* kommen beispielsweise im Bereich von Selbsteinschätzung und Motivation zum Tragen, indem die Pflegekräfte ihre Tätigkeit in eine Sinnhaftigkeit – anderen Menschen helfen zu wollen und auch zu können – einbetten und daraus Motivationen für sich entwickeln. Fachlich-methodische Kompetenzen bilden die Grundlage für die praktische Pflegearbeit an und mit den Patient*innen, auch und insbesondere bei plötzlich auftretenden Problemen wie beispielsweise Notfällen oder Nichterreichbarkeit von Angehörigen eigenständig Lösungen finden zu können. Im Austausch mit Kolleg*innen, Vorgesetzten, Kund*innen und externen Ansprechpartner*innen spielen *sozial-kommunikative Kompetenzen* eine wesentliche Rolle, da sich kontinuierlich Abstimmungsbedarfe ergeben, die entweder situativ (z. B. Notfälle), bedarfsbezogen (z. B. Fallkonferenzen) oder regelmäßig (z. B. Mitarbeiter*innen-Besprechungen) auftauchen. Da ambulante Pflege in der Regel Alleinarbeit ist, müssen die Pflegekräfte auf der Tour oftmals eigenständig Entscheidungen treffen. Hier kommen *aktivitäts- und umsetzungsorientierte Kompetenzen* (resp. Handlungskompetenz) dahingehend zur Anwendung, dass die Pflegekraft in der Lage ist, die jeweilige Situation auch eigenständig bewältigen zu können. Dies betrifft beispielsweise Zeitverzögerungen bei der Tourendurchführung, in Folge derer Betroffene informiert und gegebenenfalls Anpassungen an der Route vorgenommen werden müssen – entweder autonom oder in Abstimmung mit der Pflegezentrale.

Neue Anforderungen im digitalen Kontext

Die Digitalisierung der originären Pflegearbeit stellt nun aber neue Anforderungen an die Pflegekräfte. Dabei können diese zwar an ihre im bisherigen Arbeitsalltag zur Anwendung kommenden Kompetenzen anknüpfen, müssen sich aber in Bezug auf die neuen – nicht nur technischen – Qualifikationsanforderungen neu aufstellen. Interdisziplinäre (tätigkeitsübergreifende) Kompetenzbildung muss bei ihnen *im digitalen Kontext für den digitalen Kontext* erfolgen. Und zwar nicht nur rein instrumentell wie bei der Aneignung fachlich-technischer Qualifikationen (z. B. IT-Kompetenz), sondern eingebunden in einer Entwicklungsumgebung, die quasi als Nährboden für die (Aus)Bildung bzw. Stärkung der überfachlichen Kompetenzen wirkt. So brauchen beispielsweise sozial-kommunikative Kompetenzen als eine Dimension für die Bewältigung digitaler Herausforderungen einen passenden Rahmen, um sich ausbilden zu können. Dieser kann in der Einführungsphase z. B. durch Übungsphasen mit der neuen Technik in Form von (Projekt)Aufgaben realisiert werden, die sich auf deren zukünftigen Einsatz in den Arbeitsbereichen der Pflegekräfte beziehen und von ihnen kollaborativ bearbeitet werden können. Technikanwendung kann hier im Kreise der Kolleg*innen gemeinsam geübt und eine Selbstverständlichkeit in der Nutzung aufgebaut werden. In einem solchen intimen und vertrauten Umfeld können die Beteiligten Unsicherheiten, Berührungsängste und Verständnisprobleme kommunizieren und damit auch eine wichtige Voraussetzung schaffen für eine fundamental sichere Aneignung neuer Technik und ein grundlegendes Verständnis der durch sie initiierten Prozesse im Arbeitsalltag der Pflegekräfte.

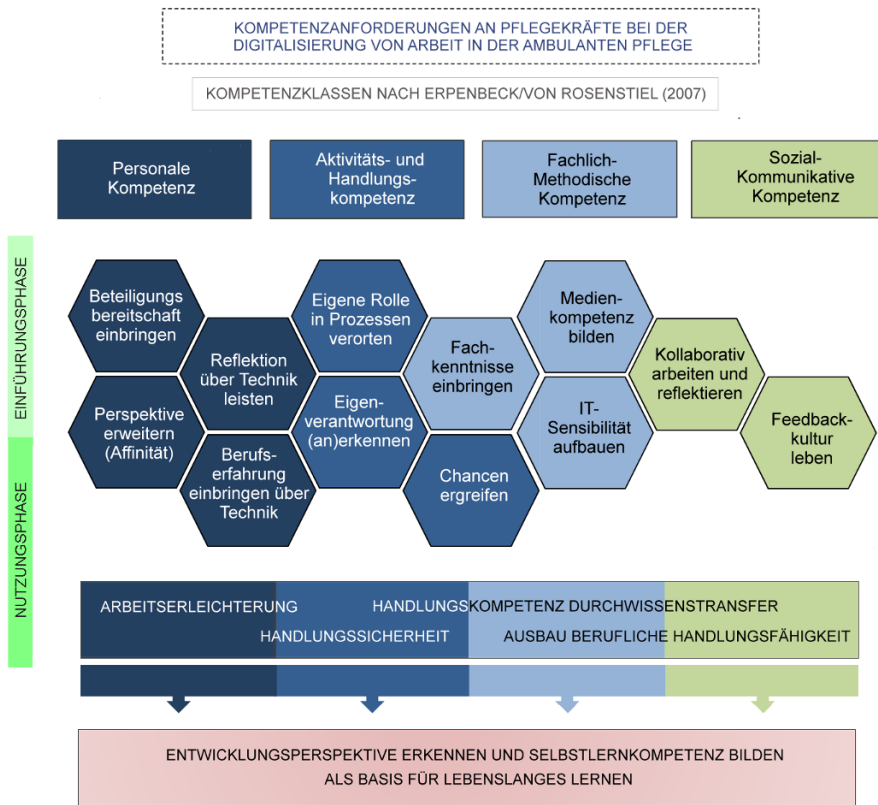


Abb. 9.2: Kompetenzanforderungen an Pflegekräfte bei der Einführung digitaler Technik (eigene Darstellung)

Kompetenzbildung kann grundsätzlich immer nur individuell stattfinden und erfordert daher die entsprechende Entwicklungsbereitschaft einer Person. Organisatorische Maßnahmen (z. B. kollaboratives Arbeiten, Fehlertoleranzen, Übungs- und Experimentierräume) können und müssen diesen Prozess unterstützen und motivieren (z. B. Neugier fördern) und in vielen Fällen auch erst einmal einen Entwicklungsrahmen schaffen. Ein solcher organisationaler Rahmen kann den initial positiven Anreiz der Beschäftigten unterstützen, sich in Bezug auf die Anforderungen beruflich und vielleicht auch persönlich weiterentwickeln zu können und zu wollen.

9.4 Wir sind viele! Verschiedene! Mit unterschiedlichem Background!

Die organisationale Zielsetzung, digitale Technik in der Pflegearbeit einsetzen zu wollen, trifft fast immer auf ein heterogenes Spektrum an Beschäftigten mit unterschiedlichen Erfahrungen in Bezug auf die (private) Nutzung von, Einstellungen zu und Erwartungen bzw. Befürchtungen an digitale(r) Technologie.

Digitale Technik ist zwar heutzutage im Alltag der allermeisten Menschen in Deutschland omnipräsent – inzwischen fast durchgängig in Form von mobilen Endgeräten wie Smartphones etc. Nach einer aktuellen Studie des Bitkom-Verbandes (Haas 2018, S. 3) nutzen inzwischen acht von zehn Menschen in Deutschland ein Smartphone im privaten Bereich. Dies gilt auch für Pflegekräfte. Im Verbundprojekt KOLeGE wurden Pflegekräfte aus zwei ambulanten Pflegediensten im Rahmen von Analyseworkshops über ihr Nutzungsverhalten und ihre Einstellungen zu digitaler Technik befragt. Durchgängig alle Befragten besaßen mindestens ein Smartphone und nutzten dieses auch regelmäßig für private Zwecke.

Auf den ersten Blick scheint dies eine gute Voraussetzung zu sein, dem Einsatz digitaler Technik im Berufsalltag offen – vielleicht sogar neugierig und positiv – gegenüberzustehen. Das ist jedoch nicht automatisch so. Im Unterschied zur privaten Nutzung, die sich selbst bestimmten Ziel- und Zwecksetzungen verdankt (Surfen, Shopping, Spielen etc.), handelt es sich aus Sicht der Pflegekräfte bei der beruflichen Nutzung um fremdbestimmte Zwecke. Neben der Unsicherheit, wie sich die eigenen Arbeitsabläufe verändern könnten, welche (Echtzeit-) Überwachungsmöglichkeiten sich durch mobile Endgeräte auf tun, welchen Mehraufwand die Einarbeitung in diese Technik mit sich bringen könnte, steht auch die Frage im Raum, wozu diese Technik überhaupt eingeführt wird.

In Bezug auf die fachlich-technischen Anforderungen, die neue Technologien an die Qualifikationen der Beschäftigten stellen, bildet die qualifikatorische und auch die affektive Heterogenität bei den Beschäftigten eine große Herausforderung. Insbesondere auch deswegen, weil – wie in Abschnitt 9.3 ausgeführt – bei der *positiven und konstruktiven Bewältigung* der neuen Anforderungen auch überfachliche Kompetenzen wesentlich mitwirken. Für die Verantwortlichen in der Organisation bedeutet dies, die Umsetzungsverfahren möglichst differenziert und passgenau zu konzipieren. Dazu bedarf es jedoch zunächst einer Bedarfsanalyse in Bezug auf die vorhanden und die benötigten Kompetenzen bei den von Neuerungen betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Nun lassen sich aber erstens vorhandene Kompetenzen von Beschäftigten nicht so einfach messen wie Fachkenntnisse, die mit unterschiedlichen Testinstrumenten abgefragt werden können. Zweitens müssen die für die Aneignung der Technik und das Verständnis der zugehörigen Prozesse benötigten Kompetenzen der von den Neuerungen betroffenen Mitarbeiter*innen erst identifiziert und drittens die darauf basierenden Qualifizierungsmaßnahmen und förderlichen Rahmenbedingungen für Kompetenzentwicklung möglichst passgenau konzipiert werden.

Dafür müssen möglichst adäquate, beteiligungsorientierte *Experimentierräume* durch das jeweilige Pflegeunternehmen bereitgestellt werden. Experimentierräume sind Biotope im betrieblichen Alltag. In ihnen können die Beschäftigten gemeinsam üben, ausprobieren, sich austauschen und sich darüber Wissen aneignen und dadurch i. o. Sinn Kompetenzbildung befördern. Fehler haben wie in Trainingssimulatoren keine realen Konsequenzen, trotzdem werden Übungsaufgaben wie ‚in echt‘ bearbeitet. Im realen ‚Echt‘ findet in dieser Zeit aber Pflege statt, an Patient*innen durch die Pflegekräfte und damit für das Unternehmen Wertschöpfung. Solche Laborbedingungen muss sich ein Pflegeunternehmen leisten können – Ersatz- bzw. Vertretungskräfte wollen auch gefunden und bezahlt werden. Solche Übungszeiten beanspruchen also nicht unerhebliche zeitliche, räumliche und personelle Ressourcen, die als Abzug vom eigentlichen Geschäftszweck wirken und daher unternehmensseitig als ‚faux frais‘ in Bezug auf eine sowieso schon angespannte Personallage gesehen werden könnten. Oder aber mit positivem Vorzeichen versehen als *Investition in eine nachhaltige Personalentwicklung*. Der Anspruch, das eigene Personal gut in Technik einzuführen, Technik akzeptierbar zu machen, effizientere Prozesse umzusetzen

und damit auch kollateral zu einer Verbesserung der Arbeitsqualität beizutragen und perspektivisch eine nachhaltigere Personalpolitik zu betreiben, muss im Regelfall zusätzlich neben dem eigentlichen Geschäft bedient werden. Aber die nachhaltige Etablierung neuer Arbeitsprozesse gibt es weder umsonst noch beim Discounter. Außerdem bedarf es in der Einführungsphase neuer (digitaler) Technologien in Entwicklungsräumen einer weitgefassten Fehlertoleranz, um tatsächlich ‚ausprobieren‘ zu können. Und einer Unterstützung der Beteiligten durch kompetente Kolleg*innen, natürlich insbesondere auch durch Vorgesetzte, die die Prozesse fördern und in ihnen vorangehen. Diese Unterstützung kann im Bedarfsfall von den Pflegekräften verlässlich angefordert werden, ansonsten findet das *Experimentieren* in geschützten Räumen statt, in denen die Pflegekräfte unter sich bleiben.

In solch einem Entwicklungsszenario kann Handlungssicherheit für alle Beteiligten dann entstehen, wenn die Umsetzung transparent und verlässlich vom Unternehmen getragen wird, denn „Sonntagsreden zur ‚produktiven Fehlerkultur‘ werden als solche enttarnt, wenn ihr Handeln (der Führungskräfte) ganz anders ‚gestrickt‘ ist“ (INQA 2010, S. 41). Auf diesem ‚Nährboden‘ kann sich sowohl *sozial-kommunikative* Kompetenz betätigen und dadurch auch weiterentwickeln, wie er auch befruchtend sein kann für die Erweiterung *personaler* Kompetenz als Basis für Selbstreflexion und die darauf aufbauende Verortung der eigenen Verantwortlichkeit der Beschäftigten im neu gestalteten Gesamtprozess. Dadurch kann auch die Bereitschaft motiviert werden, sich konstruktiv zu beteiligen, die eigene Berufserfahrung einzubringen und mit Kolleg*innen gezielt zu teilen, „ohne sich davor fürchten zu müssen, die Hoheit über ihre Informationen zu teilen, weil sie dabei ihren Einfluss und ihre Sicherheit schwinden sehen“ (BDU e.V. 2016, S. 2). Die Adressierung von Partizipationsbereitschaft bei den Beschäftigten kann auch als Initial wirken, die eigenen Ansprüche zu definieren und einzufordern. Die Anforderungen technischer Innovationen werden dadurch in der Summe transparenter und beherrschbarer, in der Folge kann die Handlungssicherheit steigen. Das anfänglich Obskure und Nebulöse von Technik löst sich im Verlauf der Beteiligungsprozesse zunehmend auf – idealerweise.

Die Multikomplexität der Qualifizierungs- und Kompetenzentwicklungsbedarfe in Bezug auf die Einführung und die Akzeptanz der neuen Technik und der durch sie digital veränderten Arbeitsprozesse kann grundsätzlich nur unter Einbezug aller betroffenen Beschäftigten bewältigt werden, in allen Phasen und möglichst umfassend und frühzeitig. In einem Veränderungsprozess sind alle gefordert, wenn auch in unterschiedlicher Verantwortung. „Dazu gehört der Wille, neue Kompetenzen zu fördern und zu kultivieren von Arbeitgebern und Arbeitnehmern gleichermaßen. Es obliegt jedoch der Führungskräfte der Ausbildung neuer Kompetenzen einen angemessenen Raum und angemessene Reize zu geben“ (BDU 2016, S. 4).

Daher sollte in einem ersten Schritt auf die Betroffenen zugegangen werden, um mit ihnen als „Anwendungsexpertinnen ihrer eigenen Kompetenzentwicklung“ (Bleses et al. 2019, S. 65) abzuklären, welche konkreten Entwicklungsbedarfe sie bei sich selbst sehen, um in den zukünftigen digitalisierten Arbeitsbedingungen bestehen zu können.

Bewährt haben sich innerbetriebliche Analyse-Workshops, in denen gemeinsam arbeitsprozessbezogene Kompetenzanalysen durchgeführt werden, in denen also auf Basis der Expertise der Beschäftigten für ihre jeweiligen Arbeitsbereiche und Tätigkeitsfelder die Anforderungen durch den Technikeinsatz identifiziert werden. Dazu werden für jeden betroffenen Arbeitsprozess die Änderungen, die sich zukünftig durch die digitale Unterstützung in Bezug zur bisherigen analogen Tätigkeit ergeben, herausgearbeitet und dann die dafür erforderlichen digitalen Kompetenzen ermittelt. Auf dieser Basis kann dann die

Konzeptionierung der betrieblichen (Weiter-)Bildungsformate für die Technikeinführung erfolgen.

Bei der Umsetzung dieser Lernangebote kann digitale Technik in Form von *elektronischen Lernarrangements* eine fundamentale Unterstützung bieten. Und diese Technik ist ja mit der Anschaffung der digitalen Infrastruktur für die verwaltungstechnische Nutzung schon im Unternehmen – in Form von Hardware (interne Server, stationäre und ggf. mobile Endgeräte) und (Branchen)Software (Verwaltung, Kommunikation, Organisation, Dokumentation, externe Vernetzung). Die Erweiterung einer Nutzung dieser Infrastruktur für digitales Lernen liegt hier auf der Hand – z. B. in Form einer internetbasierten betrieblichen Lernplattform, die Pflegekräften einen zeit- und ortsunabhängigen Zugriff just-in-time auf digitale Informationen und Hilfen erlaubt und damit ihre Handlungssicherheit erhöhen kann. Wie die Herausforderungen, die sich aus der Heterogenität der Kompetenzen bei den Beschäftigten ergeben, durch ein digital gestütztes Lernsystem bewältigt werden können, wie aber auch die in dieser Diversität vorhandenen (schlummernden) Ressourcen in dessen Gestaltung eingebunden werden können, wird im Beitrag von Kludig/Friemer in diesem Band (Kap. 8) näher beleuchtet.

9.5 Was kommt noch auf mich zu? Kann ich mich vorbereiten?

Die kontinuierliche Weiterentwicklung digitaler Technologien samt vernetzten Prozessen ist kein natürlicher evolutionärer Vorgang und passiert nicht einfach urwüchsig, sondern verdankt sich den ökonomischen Zwecksetzungen, die im Regelfall auf die Rationalisierung bestehender Arbeits- und Wertschöpfungsprozesse abzielen. Daher ist auch die Einführung einer digitalen (Software)Lösung und deren Etablierung in einem (Geschäfts)Bereich eines Pflegeunternehmens nicht zwingend der Endpunkt.

Vielmehr werden Digitalisierungsvorhaben, mit denen die Pflegekräfte in ihren Arbeitsbereichen konfrontiert sind, zumeist eingebunden in betriebliche Veränderungsprozesse, denen zunehmend auch längerfristige Digitalisierungsstrategien zugrunde liegen. Das bedeutet für die Pflegekräfte, mit der Bewältigung eines Veränderungsprojektes ist noch lange nicht Schluss. In Bezug auf ihre Qualifikationen werden ihnen auch zukünftig nicht unerhebliche Anpassungsleistungen abverlangt.

So liegen insbesondere in den internet- und funkbasierten Vernetzungsmöglichkeiten für die unterschiedlichen Akteure im Gesundheitswesen (Pflegedienste, und -heime, Krankenhäuser, Praxen, Apotheken, Haushaltsdienste etc.) weitere technologische Entwicklungspotenziale. Für Beschäftigte in der ambulanten Pflege bedeutet das, sich perspektivisch auf kontinuierliche Veränderungen der Anforderungen an ihre Qualifikationen einzustellen.

Diese lassen sich auf der fachlichen Kompetenzebene (z. B. IT-Kompetenz) zwar erst dann überschauen, wenn die konkreten Anforderungen der nächsten IT-Innovation definierbar sind bzw. definiert werden, grundsätzlich bietet aber der Kanon der überfachlichen Kompetenzen – der sogenannten Softskills – Beschäftigten Potenzial, die eigene berufliche Handlungsfähigkeit weiterzuentwickeln und sich so kontinuierlich besser für den immer wieder auffrischenden ‚wind of change‘ aufzustellen.

Auf der bildungs- und arbeitsmarktpolitischen Ebene (BMAS, BMBF, BIBB etc.) wird daher mit Blick auf die fortschreitenden Digitalisierungsoptionen kontinuierlich die fundamentale Bedeutung dieser permanenten Anpassung der individuellen Qualifikationsniveaus von Beschäftigten betont. Und deren Mitverantwortung dafür! Als Anspruch des sogenannten *Lebenslangen Lernens*. Dieses umfasst „alles Lernen während des gesamten

Lebens, das der Verbesserung von Wissen, Qualifikationen und Kompetenzen dient und im Rahmen einer persönlichen, bürgergesellschaftlichen, sozialen, bzw. beschäftigungsbezogenen Perspektive erfolgt. ... Ein Hauptmerkmal ist die zentrale Stellung des Lernenden beim formalen, nicht-formalen und informellen Lernen“ (Europäische Kommission 2001, S. 9). Die Fähigkeit zum lebenslangen Lernen verlangt daher im beruflichen Kontext von jedem und jeder Beschäftigten die „schnelle und problemorientierte Aneignung der gewünschten oder erforderlichen Kompetenzen, die Anpassung und agiles Reagieren auf Veränderungen“ (Friemer 2017) und „die Zuversicht, die eigenen Fähigkeiten zielgerecht und erfolgreich weiterentwickeln und einsetzen zu können (Selbstwirksamkeit)“ (Neuburger 2016, S. 1).

Konsequenterweise ist daher eine zentrale Erkenntnis aus dem Weißbuch *Arbeiten 4.0* des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, welches die Ergebnisse aus Diskursen von Arbeitsmarkt- und Bildungsexpert*innen zusammenfasst, dass „(man) ohne digitale Kompetenz ... im Berufsleben künftig nicht mehr aus(kommt). Die Vorstellung, den gelernten Beruf im immer gleichen Umfeld ausüben zu können, muss von der Bereitschaft abgelöst werden, sich mit seinem Kompetenzprofil flexibel und regelmäßig neuen Herausforderungen zu stellen“ (BMAS 2016, S. 54). „Digitale Zusatzqualifikationen (werden) in nahezu allen Branchen und Berufen notwendig“ (Ebenda S. 105), weshalb es als notwendig behauptet wird, dass „die Arbeitnehmer...künftig eben einfach diese Affinität, IT-Affinitäten im Umgang mit mobilen Endgeräten (brauchen)“ (Löckle 2016).

Damit soll behauptetermaßen die Basis geschaffen werden für eine individuelle Beschäftigungsfähigkeit, die sogenannte *Employability*. Die Notwendigkeit einer solchen lebenslangen ‚Arbeitsmarkt-Fitness‘ soll branchen- und berufsübergreifend für alle Beschäftigten gelten – und damit auch für Pflegekräfte.

Um deren individuelle Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten, ist daher eine kontinuierliche Anpassung der Qualifikationsprofile des Pflegepersonals an sich ändernde Anforderung auf dem Arbeitsmarkt zu leisten. Sicherlich wird es im Prozess eines solchen lebenslangen Lernens für alle Beschäftigten immer wichtiger, berufliches Fachwissen und Anwendungskompetenzen eigenverantwortlich zu aktualisieren und an die jeweiligen Aufgabenstellungen anzupassen. Hierfür benötigen sie individuelle Handlungs- und insbesondere Transferkompetenzen, die ihre *berufliche Handlungsfähigkeit* immer wieder auf höheren Niveaus herstellen.

Das vorherrschende Modell zur Definition dieser Handlungsfähigkeit rekurriert auf drei Kompetenzdimensionen, die in ihrem Zusammenwirken die Basis bilden für die Herstellung einer vierten – der Handlungskompetenz (Äquivalente Dimension im Modell von Erpenbeck/von Rosenstiel 2017: Aktivitäts- und umsetzungsorientierte Kompetenzen).



Abb. 9.3: Kompetenzen als Nährboden für Qualifikationsentwicklung (eigene Darstellung)

Die Bildung von beruflicher Handlungsfähigkeit ist jedoch ein dynamischer Prozess, Handlungskompetenz demnach keine statische Größe. Im Kontext sich kontinuierlich ändernder Qualifikationsanforderungen (z. B. Digitalisierung in der Pflege) ist sie vielmehr einem stetigen Entwicklungsprozess unterworfen. Adäquate berufliche Handlungsfähigkeit wird durch lebenslanges Lernen immer wieder auf einer erweiterten Stufe hergestellt (*Handlungskompetenz +*).

Für die erfolgreiche Umsetzung eines lebenslangen Lernens bedarf es jedoch bei den Pflegekräften bestimmter Dispositionen, die im Wesentlichen auf den individuellen Fähigkeiten zur Selbststeuerung und Selbstorganisation basieren. Begrifflich hat sich hierfür die sogenannte *Selbstlernkompetenz* durchgesetzt.

Perspektivisch wird der Ausbau dieser Selbstlernkompetenz angestrebt. Denn dies bedeutet, selbstbestimmtes Lernen zu initiieren und zu organisieren. Sie beinhaltet somit Selbstmotivation, Lernmethodenkompetenz und Reflexivität. Sie ist die Schlüsselqualifikation, um lebenslanges Lernen, Beschäftigungsfähigkeit und Gesundheit zu stärken. Gesundheit und Beschäftigungsfähigkeit sind essentiell v.a. bei bestehendem Personalnotstand. Diese Kompetenz wirkt sich also systemisch auf das gesamte Unternehmen aus. Mitarbeiter*in-

nen mit der Fähigkeit, ihre Handlungskompetenz selbstständig immer wieder zu erweitern und zu verbessern, tragen auch zu einer guten Arbeits- und Ergebnisqualität bei.

9.6 Fazit

Die Digitalisierung der Arbeit in der ambulanten Pflege verdankt sich zunächst den Bestrebungen der Pflegedienste, ihre Geschäftsprozesse zu rationalisieren. Die Einführung digitaler Technik zur vernetzten Datenerfassung und -verarbeitung wirkt perspektivisch in alle Arbeitsprozesse hinein, verknüpft diese in einer neuen Form und erzeugt dort in unterschiedlichem Umfang Änderungen in den jeweiligen Tätigkeitsprofilen, die mit neuen Qualifikationsanforderungen für die Beschäftigten einhergehen. Mit der Gemeinsamkeit, dass allen Beschäftigten in ihren jetzt digital gestützten Arbeitsbereichen eine neue (Teil-)Verantwortlichkeit zukommt für das Funktionieren der gesamten Prozesskette.

Für die – in diesem Beitrag fokussierten – Pflegekräfte bedeutet das: ‚Wegducken geht nicht‘ – sie müssen sich den Anforderungen stellen. Für die Bereitschaft, sich an den erforderlichen Aneignungsprozessen zu beteiligen, ihre neue(n) Rolle(n) im Gesamtprozess verorten zu können und die benötigten Befähigungen zur Arbeit mit den neuen Arbeitsmitteln zu erlangen, benötigen sie entsprechende Kompetenzen – fachliche und überfachliche. Um diese bilden zu können, bedarf es jedoch zwingend betrieblicher Unterstützung in Form eines verlässlichen Handlungs- und Entwicklungsrahmens.

Darüber hinaus weisen digitale Technologien aufgrund ihrer Anwendungsoptionen und Funktionalitäten (orts- und zeitunabhängiger Zugriff, vernetztes Wissensmanagement, kollaboratives Arbeiten, Kommunikation, arbeitsintegriertes E-Learning, etc.) Potenziale auf, die Entwicklung überfachlicher Kompetenzen – hier insbesondere *Selbstlernkompetenz* – bei den Pflegekräften zu befördern. Selbstlernkompetenz wird als Schlüsselkompetenz für die Bereitschaft und Befähigung zum *Lebenslangen Lernen* betrachtet, welches wiederum die tragende Säule für *Employability* von Beschäftigten bildet – also für die Herstellung lebenslanger Beschäftigungsfitness von Pflegekräften; allerdings ohne Gewähr. Damit Lebenslanges Lernen jedoch nicht als individueller Auftrag (individuelle Verantwortung) an dem/der Pflegebeschäftigten ‚kleben‘ bleibt, bedarf es wesentlich externer – insbesondere betrieblicher, aber auch bildungs- und arbeitsmarktpolitischer Rahmenbedingungen. Selbstlernkompetenz ist jedoch in jedem Fall eine personale Kernressource, damit Pflegekräfte sich auch zukünftig wechselnden Anforderungen an ihre Qualifikation stellen können – seien diese nun digital oder analog.

In diesem Herausgeberband werden die Herausforderungen und die Chancen für Organisationen und Individuen thematisiert. Und in der Zusammenfassung der Beiträge kann – wie auch für diesen Beitrag – das Fazit nur lauten: *Einfach auf die Technik, fertig, los = Mission impossible!*

Literatur

Blases, P., Friemer, A., Busse, B. (2020): Beteiligungsorientierte Digitalisierung der Pflegearbeit: Das Beispiel „digitaler Tourenbegleiter“. In: Kubek, V., Velten, S., Eierdanz, F., Blaudszun-Lahm, A. (Hrsg.), Digitalisierung in der Pflege zur Unterstützung einer besseren Arbeitsorganisation - Potentiale für höhere Arbeitszufriedenheit? Erfahrungen aus Wissenschaft und Praxis (49-62). Wiesbaden: Springer.

- Bleses, P., Busse, B., Friemer, A. (2020). Veränderungsprojekte Digitalisierung der Arbeit in der Langzeitpflege. Anforderungen und Gestaltungsoptionen im Rahmen umfassender Veränderungsprozesse. Kapitel 2 in diesem Band.
- Bleses, P., Busse, B., Friemer, A., Behling, U., Kludig, R., Breuer, J., Philippi, L. (2019). Digitalisierung personenbezogener sozialer Dienstleistungen. Handlungsleitfäden für die Praxis. Universität Bremen.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Abteilung Grundsatzfragen des Sozialstaats, der Arbeitswelt und der sozialen Marktwirtschaft (BMAS) (2016). Weißbuch Arbeiten 4.0. Berlin, November 2016.
- Bundesverband Deutscher Unternehmensberater (BDU) e.V. (2016). Positionspaper: Führung in Zeiten der Digitalisierung 16.08.2016 | verfasst von Fachverband Management + Marketing| Bundesverband Deutscher Unternehmensberater BDU e.V.
- BIBB (Bundesinstitut für Berufsbildung). Definition und Kontextualisierung des Kompetenzbegriffes. <https://www.bibb.de/de/8570.php> (Zugriff am 10.10.2019).
- BIBB (Bundesinstitut für Berufsbildung). Definition und Kontextualisierung des Kompetenzbegriffes. <https://www.bibb.de/de/1229.php> (Zugriff am 10.10.2019).
- Haas, M. (2018). Smartphone-Markt: Konjunktur und Trends. Präsentation des Bitkom-Präsidiums am 22. Februar 2018, Berlin. <https://www.bitkom.org/sites/default/files/file/import/Bitkom-Pressekonferenz-Smartphone-Markt-22-02-2018-Praesentation-final.pdf> (Zugriff am 20.12.2019).
- Europäische Kommission (2001). Einen europäischen Raum des lebenslangen Lernens schaffen: Mitteilung der Kommission. COM(2001) 678 final. Luxemburg.
- Erpenbeck, J., von Rosenstiel, L. (2017). Einführung. In: Erpenbeck, J., von Rosenstiel, L., Grote, S., Sauter, W. (Hrsg.), Handbuch Kompetenzmessung. Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage (IV-XXXVI). Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.
- Erpenbeck, J., von Rosenstiel, L. (2007). Einführung. In: Erpenbeck, J., von Rosenstiel, L. (Hrsg.), Handbuch Kompetenzmessung. Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis. 2. Auflage. Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag.
- Evans, M., Ludwig, C., Gießler, W., Breuker, G., Scheda, W. (2020). Digitalisierung für die Altenpflege. „Lernreise“ als Instrument des betrieblichen Capacity-Buildings. Kapitel 10 in diesem Band.
- Friemer, A. (2017). Arbeit 4.0 und Lebenslanges Lernen. Gastvortrag im Rahmen der Veranstaltungsreihe „Arbeit 4.0“, ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, Bremen, März 2017.
- Härtel, M., Auerbeck, I., Brüggemann, M., Breiter, A., Howe, F., Sander, M. (2018). Medien- und IT-Kompetenz als Eingangsvoraussetzung für die berufliche Ausbildung – Synopse. Hrsg. vom Bundesinstitut für Berufsbildung: Bonn.
- Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) (2010). Gute Führung in der Pflege - Handlungshilfen für die Pflegepraxis. Broschüre. Hrsg. von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Juni 2010.

- Kludig, R., Friemer, A. (2020). Blended Learning in der ambulanten Pflege. Partizipative Gestaltung unter Berücksichtigung der Diversität von Pflegekräften. Kapitel 8 in diesem Band.
- Löckle, Alfred (2016). Bildung, Qualifizierung und Weiterbildung. Video. Experten-Workshop im Kontext des Dialogprozesses „Arbeiten 4.0“. 30.05.2016. Berlin. <http://www.arbeitenviernull.de/aktuelles/videos/welche-neuen-qualifikationsanforderungen-bringt-die-digitalisierung-der-arbeitswelt.html> (Zugriff am 18.10.2019).
- Neuburger, R. (2016). Digitalisierte Arbeitswelt – welche Schlüsselkompetenzen sind erforderlich? Gastbeitrag für die Initiative „Digitaler Bildungspakt“. <http://digitaler-bildungspakt.de/2016/12/21/digitalisierte-arbeitswelt-schluessselkompetenzen/> (Zugriff am 10.5.2019).

10 Digitalisierung für die Altenpflege

„Lernreise“ als Instrument des betrieblichen Capacity-Buildings

Michaela Evans, Christine Ludwig, Wolfram Gießler, Gertrud Breuker,
Wolfgang Scheda

Zusammenfassung

Digitale Technologien in der Altenpflege versprechen einen Fortschritt für Teilhabe, Versorgungs- und Arbeitsqualität. Doch in der betrieblichen Praxis zeigt sich, dass Digitalisierungsprojekte nicht selten ein hetzendes ‚*Muddling Through*‘, mehr Zeitdruck und neue Improvisationserfordernisse der Beschäftigten zur Folge haben. Partizipative Gestaltungsstrategien werden durch unterschiedliche betriebliche Innovationskulturen, Zeitverwendungskonkurrenzen, fehlende strategische Perspektiven oder durch konfliktbehaftete betriebliche Arbeitsbeziehungen zusätzlich erschwert. Der Beitrag stellt mit der „Lernreise“ ein Instrument vor, mit dem sich Führungskräfte, Beschäftigte und betriebliche Interessenvertretungen gemeinsam Innovationsperspektiven und Gestaltungskapazitäten für einen sinnvollen Technikeinsatz erschließen können. Dies leistet, wie im Projekt *DIALOGSPLUS* gezeigt werden konnte, einen Beitrag zur Erhöhung der subjektiven und betrieblichen Innovationsfähigkeit und -bereitschaft.

10.1 Einleitung

Der vorliegende Beitrag thematisiert betriebliche Herausforderungen und Partizipationschancen für eine mitarbeiterorientierte Gestaltung der digitalen Transformation in der Altenpflege. Im Mittelpunkt stehen Ziele, Erfahrungen und Ergebnisse des Projektes *DIALOGSPLUS*. Das Projekt wurde im Zeitraum 2018 – 2019 in den Bundesländern Niedersachsen und Hessen mit Trägern und Einrichtungen der Altenpflege im Rahmen des BMAS/ESF-Programms „Fachkräfte sichern“ durchgeführt. Beteiligt waren das Bildungswerk ver.di Niedersachsen e.V., Region Osnabrück, das BiG – Bildungsinstitut im Gesundheitswesen, Essen, und das Institut Arbeit und Technik (IAT) der Westfälischen Hochschule, Gelsenkirchen. Ausgangspunkt des Projektes war, dass digitale Technologien in der Altenpflege/Altenhilfe und die Suche nach mitarbeiterorientierten Gestaltungsstrategien an Relevanz gewinnen. Gleichzeitig ist die Altenpflege jedoch durch spezifische Voraussetzungen (u. a. akute Fachkräfteengpässe, Relevanz interaktiver Arbeit, Arbeitsbelastungen, klein- und mittelständische Betriebsstrukturen, trägerspezifische Mitbestimmungsregeln) geprägt. Ausgehend hiervon können Gestaltungswissen und Gestaltungspraktiken aus industriell geprägten Branchen nicht ohne weiteres auf die Altenpflege übertragen werden.

Im Folgenden werden zunächst Anlässe und Treiber der Digitalisierung in der Altenpflege skizziert (Abschnitt 10.2). Anschließend erläutert der Beitrag, warum die gegenwärtigen Digitalisierungsprozesse alle Beteiligten in den Einrichtungen der Altenpflege vor neue und erweiterte Herausforderungen stellen (Abschnitt 10.3). Im Mittelpunkt des Projektes *DIALOGSPLUS* stand die Frage, wie betriebliche Gestaltungskompetenzen und -kapazitäten für eine humanorientierte Gestaltung der Digitalisierung in der Altenpflege gestärkt

werden können. Das nachfolgende Kapitel skizziert Ausgangslage, Vorgehensweise und Ergebnisse des Projektes (Abschnitt 10.4). Gemeinsam mit Einrichtungsleitungen, betrieblichen Interessenvertretungen und den Beschäftigten wurden Strukturen und Instrumente erprobt, die dazu geeignet sind, die subjektive und betriebliche Innovationsfähigkeit und -bereitschaft dadurch zu stärken, dass partizipative Sicherheit für alle Beteiligten geschaffen und kritisch-reflexive Gestaltungsbeziehungen gestärkt werden. Die zentralen Erkenntnisse des Projektes werden vorgestellt und abschließend resümiert (Abschnitt 10.5).

10.2 Digitalisierung in der Altenpflege: Anlässe und Treiber

Konzepte wie das „Virtuelle Altenheim“, die Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien zur Datenverarbeitung oder der Einsatz technischer Hilfsmittel in der Altenpflege sind nicht neu, sondern wurden bereits seit den 1990er Jahren erprobt und auch kritisch diskutiert (Hülken-Giesler 2016; Friesacher 2010; Mix et al. 2000; Hilbert et al. 1999). Im vorliegenden Beitrag verstehen wir unter Digitalisierung *im engeren Sinne*, „[...] dass elektronische Systeme immer stärker Informationen autonom sammeln, bewerten, Entscheidungen treffen und diese umsetzen“ (FINSOZ 2017, S. 3). Digitalisierung *im weiteren Sinne* wird gerade auch in der Altenpflege mit der Nutzung vernetzter Informations- und Kommunikationstechnik gleichgesetzt, und zwar unabhängig davon, ob und inwiefern durch digitale Technik professionelle Entscheidungsfindung beeinflusst oder prädominiert wird. Der Diskurs um die Chancen und Risiken von Digitalisierungsprozessen in der Altenpflege wird gegenwärtig mit neuer Intensität geführt: Neue Geschäftsmodelle (Plattformen) erhöhen den Konkurrenzdruck bei tradierten Anbietern und es entstehen neue Möglichkeiten der Ansprache, Unterstützung und Begleitung pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen. Die Anforderungen an die betriebliche Leistungs- und Qualitätsdokumentation steigen, zudem wird mehr Transparenz hinsichtlich der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von Pflegeeinrichtungen eingefordert und durch digitale Technik prinzipiell auch möglich. Ein aktuelles Beispiel ist die *indikatorengestützte Qualitätsprüfung* (sogenannter ‚neuer Pflege-TÜV‘) des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, die seit Oktober/November 2019 in den stationären Einrichtungen zum Einsatz kommt. An zwei Stichtagen im Jahr müssen Pflegeeinrichtungen die in einem 98-seitigen Fragebogen erhobenen Daten an eine Datenauswertungsstelle (DAS) übermitteln.

Zum „Tag der Pflege“ 2019 veröffentlichte die Bundesagentur für Arbeit eine Analyse, der zufolge in keinem Bundesland rechnerisch gegenwärtig ausreichend arbeitssuchende Bewerber*innen (Fachkräfte) für die Altenpflege zur Verfügung stehen (Bundesagentur für Arbeit 2019). Angesichts der Zunahme von Pflegebedürftigkeit bei zunehmend komplexeren Versorgungsherausforderungen und personellen Engpässen wird argumentiert, dass digitale Technik dazu beitragen kann, Versorgungsqualität, Arbeitsqualität und Wirtschaftlichkeit in der Altenpflege zu erhöhen. Im Kern geht es um die Suche nach neuen Produktivitätsarrangements, die Reorganisationsprozesse im Zusammenspiel von Arbeit, Organisation und Technik mit neuen Aufgaben-, Tätigkeits- und Kompetenzprofilen adressieren. Angesichts der akuten Fachkräfteengpässe besteht die Sorge, dass sich die Arbeitsbedingungen in der Altenpflege, die vielfach durch hohe physische und psychische Belastungen der Beschäftigten sowie durch Zeit- und Improvisationsdruck gekennzeichnet sind (vgl. Theobald 2018), künftig weiter verschlechtern. Der ‚Pflegenotstand‘ erscheint in kritischer Perspektive geradezu funktional, um über die Semantik der Problemlösung das Feld der Pflege für Technikentwicklung aufzuschließen (Hergesell 2018).

Die Politik ist in jüngster Zeit ohne Zweifel zu einem Treiber der Digitalisierung der Altenpflege geworden. So sieht beispielsweise das Pflegepersonalstärkungsgesetz (Januar 2019) eine finanzielle Förderung für Einrichtungen vor, die in digitale Infrastruktur oder digitalisierungsbezogene Schulungen ihrer Mitarbeiter*innen investieren. Das Digitale-Versorgung-Gesetz (November 2019) schafft u. a. die Voraussetzungen dafür, dass auch Pflegeeinrichtungen sich an die Telematikinfrastruktur anschließen lassen können und dadurch perspektivisch am gesicherten Datenaustausch im Gesundheitswesen (u. a. E-Pflegeakte, E-Verordnungen, elektronisches Entlassmanagement) teilnehmen können. Die übergreifenden Themen der erfolgten und angestrebten Digitalisierungsmaßnahmen sind in den Ergebnissen der „Konzertierten Aktion Pflege“ übersichtlich zusammengefasst (BMG 2019). Die Überschriften der Kapitel (bspw. *Papierlose elektronische Abrechnung von Leistungen vereinbaren* oder *Elektronische Verordnungen für den flächendeckenden Einsatz in der Pflege erproben*) weisen zum einen darauf hin, dass der Nutzung digitaler Technologien in den kommenden Jahren verstärkte Aufmerksamkeit gewidmet werden soll. Zum anderen wird aber auch deutlich, dass die für die Pflegepraxis relevanten Themen derzeit eine signifikante Distanz zu den vielfach auf Kongressen und Messen verhandelten Themen (z. B. Einsatz von Robotik oder Künstlicher Intelligenz in der Pflege) aufweisen. Für viele Träger der Altenpflege steht die Auseinandersetzung mit den Chancen und Risiken der Digitalisierung längst auf der Agenda. Dabei wird deutlich, dass der gegenwärtige Diskurs auch durch neue Anforderungen der betrieblichen Organisation und des betrieblichen Organisierens begleitet wird: In einer gemeinsamen Erklärung der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) heißt es hierzu:

„Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege werden durch die Digitalisierung in all ihren Aufgaben und Funktionen tangiert. [...] Diese breitgefächerten und zugleich tiefgreifenden zusätzlichen Aufgaben können nur in einem umfassenden Prozess der verbandlichen Organisationsentwicklung zur Erarbeitung und Umsetzung jeweiliger verbandlicher digitaler Agenden chancenorientiert umgesetzt werden.“ (BAGFW/BMFSFJ 2017, S. 2).

10.3 Neue Qualität der digitalen Transformation: Herausforderungen für die betriebliche Praxis

Dass neue technische Möglichkeiten tatsächlich einen Fortschritt für Teilhabe, Versorgungs- und Arbeitsqualität in der Altenpflege schaffen, ist kein Selbstläufer. Denn ebenso ist es möglich, dass der Einsatz digitaler Technik am Ende nur neuen Schub für ein hetzendes ‚*Muddling Through*‘, für mehr Zeitdruck, steigende Arbeitsbelastungen und für neue Improvisationserfordernisse der Beschäftigten liefern wird. Dem Technikeinsatz liegen häufig betriebliche Rationalisierungsentscheidungen zugrunde mit der Gefahr, dass Gestaltungsherausforderungen und -risiken jenseits der Technikeinführung im engeren Sinne ausgeblendet werden. Im Gegensatz zu vorherigen Technologiephasen ist es ein konstituierendes Merkmal der digitalen Transformation, dass Technikeinführung und Arbeitsgestaltung früher, enger und folgenreicher miteinander verknüpft sind. Mit der Entscheidung für eine spezifische Technologie werden häufig auch ihre arbeitsprozessbezogenen Folgen einprogrammiert: „Die Akteure der Arbeitsbeziehungen, ebenso wie die über und für sie Forschenden, sind herausgefordert, die sich teils erst in der Zukunft realisierenden Folgen aktueller Anschaffungs- und Gestaltungsentscheidungen heute zu verstehen und zu bearbeiten, sie müssen daher mit einer mehrdimensionalen Transformationsdynamik umgehen“ (Pfeiffer 2019, S. 232). Dies gilt insbesondere für soziale Dienst-

leistungsarbeit, da aufgrund der besonderen Relevanz interaktiver Arbeitsbezüge das Gestaltungswissen aus industriellen Digitalisierungsprozessen nur eingeschränkt nutzbar ist (vgl. Rothe et al. 2019).

In zahlreichen Arbeiten wurden Chancen, Voraussetzungen sowie Folgen der Techniknutzung für die Rolle professionell Pflegender, für Arbeitsprozesse und professionelles Handeln thematisiert. Chancen werden insbesondere in einer Entlastung, in Zeitgewinnen für Interaktionsprozesse und neuen Steuerungspotenzialen für die Pflege gesehen. Als Risiken werden vor allem ethische Herausforderungen des Technikeinsatzes, steigende Arbeitsbelastungen, Stress durch zusätzliche Aufgaben und Tätigkeiten sowie eine unzureichende Beteiligung der Beschäftigten bei der Technikauswahl, -einführung und -evaluation thematisiert (vgl. u. a. Fachinger/Mähs 2019; Hülsken-Giesler/Depner 2018; Rösler et al. 2018; Evans/Ludwig 2018; Meißner 2017; Bräutigam et al. 2017; Fuchs-Frohnhofen et al. 2017; Hülsken-Giesler 2016; Hielscher et al. 2015; Friesacher 2010). Das Positionspapier des Deutschen Pflegerats e.V. zur Digitalisierung betont vor allem die Chancen für die Profession Pflege, weist jedoch auch auf die zentrale Herausforderung der betrieblichen Gestaltung hin (Deutscher Pflegerat 2019).

Digitalisierung war im Projekt *DIALOGSPLUS* nicht allein *Gegenstand*, sondern vielmehr *Anlass*, um Herausforderungen, Ressourcen und Gestaltungsspielräume partizipativer Praktiken auf die betriebliche Agenda zu setzen. Formen partizipativer Arbeitsgestaltung sowie ein beteiligungsorientiertes Wissensmanagement wirken, wie für andere Branchen gezeigt werden konnte, positiv auf betriebliche Innovationsprozesse (Blume/Gerstlberger 2007). Partizipative Praktiken haben zudem einen positiven Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten in der Pflege (Becker/Prümper 2011). Die Aneignung von Innovationen durch die Beschäftigten in der Pflege ist eine wesentliche Voraussetzung für gelingende Innovationsprozesse. Dies erfordert jedoch die Anerkennung unterschiedlicher Perspektiven und Interessen, verlässliche betriebliche Kommunikationsräume sowie die Entwicklung gemeinsamer Gestaltungsperspektiven (Bleses/Jahns 2016, S. 142).

Betriebliche Digitalisierungsprozesse finden nicht organisationsneutral statt, sondern Organisationen beeinflussen Digitalisierungsprozesse uneinheitlich und prägen sie strukturspezifisch. Betriebs- und Organisationskulturen können betriebliche Digitalisierungsprozesse zugleich ermöglichen und verstärken wie auch ausbremsen und konterkarieren. Erwartungen der Beschäftigten spielen dabei ebenso eine Rolle wie die Ausgestaltung von Entscheidungs- und Aushandlungsprozessen. Die Nutzung digitaler Technologien führt nicht zu einer generellen Abnahme der Notwendigkeit betrieblicher Organisation, sondern rückt das komplexe Wechselspiel von Digitalisierung und Organisation in den Mittelpunkt (vgl. Büchner 2018). Ausgehend hiervon lag der Fokus im Projekt *DIALOGSPLUS* auf der organisationsspezifischen Einbettung betrieblicher Digitalisierungsprozesse und auf einer frühzeitigen Bearbeitung potenzieller Konfliktfelder (vgl. Staab 2017).

Digitalisierung ist für viele Beschäftigte in der Pflege ein überaus abstrakter Begriff und Vorgang. Ob die Einführung neuer digitaler Tools und Anwendungen einen Nutzen bringt, wird nur über die Erfahrung mit konkreten technischen Lösungen im Arbeitsprozess erfahrbar. Bei betrieblichen Digitalisierungsprozessen in der Pflege handelt es sich faktisch um fragmentierte und nur lose gekoppelte Einzelprojekte. Auch wenn die Akzeptanz digitaler Technik seitens der Beschäftigten grundsätzlich vorhanden ist, ist sie gleichwohl an komplexe Voraussetzungen und Bedingungen geknüpft: Bedienerfreundlichkeit, Unterstützung von Kernprozessen, Lösungsorientierung, Zeitersparnis, Qualifizierung und positive Nutzungserfahrungen sind hier prägend (vgl. Rösler et al. 2018; Merda et al. 2017; Hülsken-Giesler 2011). Denn der Einsatz digitaler Technik kann in der betrieblichen

Praxis zu neuen Arbeitsbelastungen, zu Mehraufgaben und multiplen Anforderungen im Arbeitsprozess führen (Hielscher et al. 2015), wobei der unmittelbare Nutzen für die Versorgungsqualität seitens der Beschäftigten häufig nicht direkt erfahrbar wird (Bräutigam et al. 2017). Ausgehend hiervon besteht eine Herausforderung für betriebliche Digitalisierungsprozesse in der Altenpflege darin, betriebliche Digitalisierungsstrategien vor dem Hintergrund knapper personeller Ressourcen, Zeitverwendungskonkurrenzen der Beschäftigten und unklarer Wirkungseffekte anzustoßen.

Erfolgreiche betriebliche Innovationsprozesse werden grundsätzlich durch das Zusammenwirken organisationaler, situationaler und individueller Faktoren geprägt. Dazu gehören wesentlich auch Transparenz über Inhalte, Ziele und Hintergründe einer Innovationsmaßnahme und deren Umsetzungswege. Insbesondere für interaktive Arbeitskontexte bedeutet dies, dass der Herstellung partizipativer Sicherheit als „Vermittler zwischen Idee und Haltung“ (vgl. Hinding et al. 2016, S. 171) höhere Aufmerksamkeit beizumessen ist. Die Einstellungen der Beschäftigten zu betrieblichen Innovationsprozessen, partizipative Sicherheit ebenso wie wahrgenommene Handlungsspielräume, Selbstwirksamkeit und verlässliche Kommunikations- und Entscheidungsverfahren sind zentrale Determinanten subjektiver Innovationsfähigkeit und -bereitschaft (ebd.). Die Schaffung partizipativer Strukturen alleine ist jedoch nicht hinreichend, sondern erfordert neue Wege der Organisationsgestaltung und Organisationsentwicklung mit dem Ziel, die sozialen Ressourcen der Beschäftigten wie auch der Organisation insgesamt zu stärken (vgl. auch den Beitrag von Bleses et al. in diesem Band, Kap. 2). Hierzu bedarf es der Überprüfung und Verbesserung der strukturellen und sozialen Rahmenbedingungen der Arbeit der Beschäftigten (Akca/Kugler 2016).

Dies erweitert die Voraussetzungen für erfolgreiche betriebliche Digitalisierungsprozesse, denn diese werden nicht nur durch die Herstellung von Akzeptanz, sondern wesentlich durch *individuelle Aneignungschancen* von Beschäftigten geprägt. Der Begriff der *Aneignung* adressiert Chancen und Möglichkeiten der Beschäftigten, technische Innovationen und Standards vor dem Hintergrund ihres berufsfachlichen Selbstverständnisses, ihrer ethischen Wertorientierungen und habitualisierten Ordnungen zu reflektieren, sie zu interpretieren und im professionellen Sinne durch Gestaltungskompetenz beeinflussen zu können (Evans 2018; Dehnbostel 2018). Gerade weil *Digitalisierung* ein überaus komplexer und unsicherer Prozess ist, bedarf es betrieblicher Strukturen, Verfahren und Instrumente, die dazu beitragen, neue Techniken für innovationsorientiertes Handeln zu vermitteln. Die Schaffung von Erfahrungs- und Gestaltungsspielräumen, die Initiierung bereichs- und funktionsübergreifender Lernprozesse sowie die Stärkung der betrieblichen Arbeitsbeziehungen markierten damit die zentralen Projektsäulen. Die betrieblichen Interessenvertretungen sollten darin gestärkt werden, Digitalisierungsprozesse aktiv, im Sinne der Beschäftigten und in einer längerfristigen strategischen Perspektive mitgestalten zu können. Digitalisierung von Arbeit wird – auch dank dieses Bandes – längst nicht mehr nur im Kontext von Industrie 4.0 diskutiert. Richtet sich der Fokus jedoch auf Fragen der Partizipation, der Mitbestimmung und der Arbeitsbeziehungen, sind Beiträge mit Fokus auf den Dienstleistungssektor und insbesondere das Sozialwesen noch rar gesät (vgl. beispielweise das Themenheft der Industriellen Beziehungen 2/2019).

10.4 Das Instrument „Lernreise“: Erfahrungen und Befunde aus der betrieblichen Praxis

Das Thema Digitalisierung diente im Projekt *DIALOGSPPLUS* wie oben erläutert als *Anlass*, um gegenwärtig drängende Gestaltungsherausforderungen der Versorgung, des Personalmanagements und der Umsetzung guter Arbeitsbedingungen in der Altenpflege auf die *gemeinsame* Agenda von Einrichtungsleitungen, Beschäftigten und betrieblichen Interessenvertretungen zu setzen. Anhand von jeweils träger- bzw. einrichtungsspezifischen, konkret auf Digitalisierung bezogenen Veränderungsthemen wurde ein Licht auf die Beteiligungs- und Veränderungskultur der Organisationen geworfen und gleichzeitig ein Lernfeld für kooperative Formen der Technikauswahl, Technikeinführung und Technikbewertung eröffnet. Im Zentrum des Projektes stand die „Lernreise“ (Ludwig/Evans 2018), ein Instrument, um neue partizipative Wege der Organisationsgestaltung und -entwicklung zu initiieren, die die sozialen Ressourcen der Beschäftigten und der Gesamtorganisation berücksichtigen und stärken.

10.4.1 Fragmentierter Technikeinsatz ohne Digitalstrategie

Die Ausgangslage in den beteiligten Unternehmen unterschied sich in mehrfacher Hinsicht zum Teil deutlich. Zunächst seien dabei strukturelle Merkmale zu nennen, z. B. Unternehmensgröße, geografische Ausdehnung, Trägerschaft oder Leistungsangebot. Aber auch das Vorhandensein und die Qualität der betrieblichen Sozialpartnerschaft und – so wurde im Verlauf des Projektes deutlich – die Kommunikations- und Veränderungskultur in den Unternehmen waren relevante Voraussetzungen, die jeweils organisationspezifisch geprägt waren. Im Projekt waren sowohl ein kleineres privates Unternehmen mit zwei mittelgroßen stationären Einrichtungen vertreten, ein größeres, gemeinnütziges Unternehmen mit zwölf Häusern in enger kommunaler Anbindung (ehemaliger Eigenbetrieb), ein breit aufgestellter großer diakonischer Träger sowie ein schnell wachsendes überregional und sowohl ambulant als auch stationär tätiges Privatunternehmen. In letzterem gab es keine institutionalisierte Interessenvertretung, während in den anderen Unternehmen auf eine mehr oder weniger eingeübte, partnerschaftliche oder konfliktbehaftete Betriebspartnerschaft aufgebaut werden konnte.

Zu Beginn des Projektes wurden in den Unternehmen Interviews mit verschiedenen betrieblichen Akteuren geführt, um die betrieblichen Veränderungsthemen und Veränderungsherausforderungen multiperspektivisch zu erfassen. Dabei wurden ebenso die Erwartungen der Beschäftigten thematisiert als auch die bisherigen Erfahrungen mit digitalisierungsbezogenen Veränderungsprozessen. Es stellte sich heraus, dass sich *Digitalisierung* in den Unternehmen und ihren Einrichtungen bisher in erster Linie über Einzellösungen für betriebliche Teilbereiche konkretisierte (v. a. Dokumentation, Abrechnung, Tourenplanung, Arbeitszeiterfassung, betriebsinterne Kommunikation, Datenschutz). Was den *Stand der Digitalisierung* anbelangt, unterschieden sich nicht nur die Unternehmen voneinander, sondern auch innerhalb der Unternehmen wurden deutliche Unterschiede zwischen einzelnen Häusern oder Hilfebereichen (ambulant/stationär) beschrieben. Systematische Digitalisierungsstrategien für Einrichtungen, Geschäftsfelder oder das Gesamtunternehmen, die Suche nach originär arbeitsorientierten Einsatzkonzepten ebenso wie eine strukturierte Evaluation neuer technischer Lösungen waren nicht erkennbar. Im Vordergrund standen in der Regel Infrastruktur- und Ausstattungsfragen (Anbindung ans Breitbandinternet, Abdeckung mit W-LAN, Ausstattung mit Hardware, Software-Lizenzen etc.) sowie Schnittstellenprobleme zwischen bereits existierender Software, techni-

schen Geräten, organisatorischen Erfordernissen (betriebs- und unternehmensintern) und in der Kommunikation mit Dritten (Ärzten, Apotheken, Krankenhäusern, Sanitätshäusern etc.). Bezüglich der Umsetzung von digitalen Lösungen zeigte sich im Projektsample, dass die größeren Unternehmen mit mehreren Standorten häufig mit den unterschiedlichen Voraussetzungen und Innovationskulturen in den Einzelbetrieben zu kämpfen hatten. Insbesondere bei Pflegeunternehmen, die im Laufe der Zeit gewachsen waren und sich um neue Betriebsstätten erweitert hatten, ließen sich oftmals sehr unterschiedliche betriebliche Praktiken und Betriebskulturen im Umgang mit Veränderungen allgemein und mit digitalen Technologien im Besonderen identifizieren. Dies wird vor allem dann zur Herausforderung, wenn tatsächlich eine unternehmensweite Digitalisierungsstrategie umgesetzt werden soll.

10.4.2 Wissen und Kompetenzen der Beschäftigten für betriebliche Gestaltungsansätze nutzen

In den multiperspektivischen Interviews wurde deutlich, dass die Beschäftigten sehr konkrete Vorstellungen davon hatten, wie und durch welche betrieblichen Maßnahmen ihre Arbeitsprozesse und ihre Arbeitsplätze auch unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen durch digitale Technik verbessert werden können. Zum Teil wurden in den Gesprächen sogar konkrete Lösungen benannt. Allerdings herrschte in der Regel auch eine große Ratlosigkeit darüber, wie die formulierten Anforderungen konstruktiv in einen Veränderungsprozess einzubringen wären. Die Interviewten sahen digitale Technik überwiegend als Chance für eine Verbesserung und Erleichterung ihrer Arbeit – in der Regel verbunden mit dem Blick auf die Bewohner*innen oder Klient*innen. „Wenn das Projekt bewirkt, dass wir *noch bewohnerbezogener* arbeiten können, wenn Digitalisierung das unterstützt – das wäre ein Ergebnis, das ich mir wünsche.“, formulierte eine Wohnbereichsleitung im Interview. Vor allem positive Erfahrungen aus der Vergangenheit wurden als Argument herangezogen, wenn es darum ging, Potenziale von digitalen Lösungen für die Pflege zu beschreiben. Diese lägen darin, Freiräume für Pflege und Betreuung zu schaffen, indem Abläufe vereinfacht und verschlankt würden. Diese Erfahrungen bezogen sich in der Regel auf die Anschaffung von PCs, die Einführung von Dokumentationssoftware und andere Anwendungen zur Arbeitsorganisation, Informationssammlung und -übermittlung. Weitergehende Potentiale für die Einsparung von Zeit, Aufwand und Wegen wurden in fast allen stationären Einrichtungen – auch mit Blick auf die ambulante Pflege, in der mobile Tourenbegleiter zunehmend verbreitet sind – im Zusammenhang mit mobilen Endgeräten (in erster Linie Tablets) gesehen.

Digitale Technik ermögliche darüber hinaus eine bessere Kommunikation und Vernetzung, sowohl intern als auch mit externen Akteuren. Gleichwohl äußerten die Beschäftigten auch eine gewisse Skepsis, was den Umgang mit neuen Anforderungen anbelangt. In allen Einrichtungen seien die Beschäftigten überlastet und hätten in den letzten Jahren vielfach erlebt, dass Vereinfachungen und Zeitgewinne immer wieder vom Personalmangel oder neuen Dokumentationsanforderungen, Umstrukturierungen aufgrund neuer Bestimmungen etc. aufgefressen werden. Insofern spielten auch negative Vorerfahrungen mit nicht erfolgreich eingeführten technischen Innovationen eine Rolle – diese Einführungsprozesse hatten in der Regel wenige bis keine partizipativen Elemente. „Die Führungskräfte setzen einem was vor, mit der Ansage ‚Das nutzt ihr jetzt!‘, aber es müsste genau andersrum laufen: Dass es danach geht, was die Pflegenden brauchen.“, berichtete eine Interessenvertretung. Als Beispiel sei die Anschaffung von Diensthandys – ohne Testlauf – genannt, die von den Mitarbeiter*innen nicht genutzt werden, weil aus ihrer Sicht

wichtige Funktionen aus IT-Sicherheitsgründen gesperrt seien und das Betriebssystem zudem nicht anwenderfreundlich sei. Stattdessen nutzten sie weiterhin ihre privaten Telefone auch für dienstliche Zwecke.

In den Interviews konnte festgestellt werden, dass durchaus betriebliche Vereinbarungen zum Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien existierten, beispielsweise zur Nutzung des Internets. Allerdings waren diese zum Teil veraltet oder nur bedingt geeignet, die Dynamik und Komplexität digitaler Veränderungsprozesse in der Altenpflege mit Blick auf eine systematische, beteiligungsorientierte Vorgehensweise für die Beschäftigten abzubilden. Auch in den Gremien wurden Digitalisierungsfragen bis dato nicht in einem übergreifenden Zusammenhang diskutiert, es herrschte eine einzelfallbezogene, reaktive Mitbestimmungskultur vor. Ein vorausschauendes, strategisches Handeln schien bei den Interessenvertretungen bisher kaum eingeübt – auch weil sie sich mit anderen Themen ausgelastet sahen und sich bei Digitalisierungsfragen inhaltlich zum Teil unsicher fühlten. Die Wissensaneignung scheitere, so wurde häufig formuliert, vor allem an Zeitmangel.

10.4.3 Entdeckung der Möglichkeiten für betriebliche Gestaltungsansätze

Die Diskussionen in den jeweiligen Steuerungskreisen, die sich aus den verschiedenen Hierarchieebenen, Organisationsbereichen, Einrichtungen, Beschäftigtengruppen und Vertreter*innen aus den Interessenvertretungsgremien zusammensetzten, zeigten sehr rasch, dass es in allen Unternehmen bis dato eine unzureichende Kommunikation über Digitalisierungsthemen gegeben hatte. Bereits die Möglichkeit, sich in den Steuerungskreistreffen über die unterschiedlichen Perspektiven auf Digitalisierung, bisherigen Erfahrungen, Erwartungen usw. auszutauschen, wurde überall sehr positiv bewertet. Häufig konnte hier erstmals darüber debattiert werden, was die Digitalisierung für das eigene Unternehmen überhaupt erreichen soll, welche Zielsetzungen mit einzelnen Lösungen verfolgt werden, und in was für ein Gesamtkonzept sie möglicherweise eingebettet sind. In den Projektunternehmen war das mit Abstand wichtigste Thema der Personalmangel in der Pflege, die damit in Verbindung stehenden Probleme der Personalgewinnung, der Abdeckung von Diensten etc. Diese Fragen wurden in der Regel zunächst nicht mit dem Thema Digitalisierung in Verbindung gebracht, sodass diesem Thema zunächst eine geringere Priorität zugewiesen wurde.

Perspektivwechsel: Von der technischen Infrastruktur zu nutzerorientierten Veränderungsthemen

Als mögliche Handlungsfelder wurden von den Beschäftigten und Führungskräften beispielsweise die digitale Infrastruktur genannt, die Optimierung und Verknüpfung der bereits zum Einsatz kommenden Standardprodukte, neue Möglichkeiten der Datenerfassung für die Dokumentation (vor allem über Sprache), Informationsaustausch und Kommunikation oder der Einsatz mobiler Endgeräte (bis dato in den Projektunternehmen ausschließlich in der ambulanten Pflege im Einsatz). Als zentrale zu bedenkende Herausforderungen wurden neben der Passgenauigkeit und Benutzer*innenfreundlichkeit von Anwendungen Datenschutz- und ethische Fragen formuliert, z. B. was das Selbstbestimmungsrecht der Bewohner*innen über ihre Daten betrifft, aber auch, wer welche Daten für welchen Zweck sehen und bearbeiten kann. Und grundsätzlich: Was sei unter einer guten, menschenwürdigen Pflege zu verstehen und wie könne Digitalisierung in so ein Konzept sinnvoll eingebunden werden? Inwiefern müsse der Einsatz möglicherweise aber

auch begrenzt werden, um den Kern der Pflege – die Interaktion – nicht zu beeinträchtigen? Nicht zuletzt wurde in den Interviews auch auf die Beteiligung und Einbindung der Mitarbeiter*innen eingegangen. Diejenigen zu befragen, die die Technik letzten Endes anwenden müssten, und deren Anforderungen zu berücksichtigen, wurde als notwendige Voraussetzung für einen erfolgreichen Technikeinsatz hervorgehoben.

Lernreisen öffnen neue Horizonte

Vor dem Hintergrund der unterschiedlichen Voraussetzungen und Interessen in den einzelnen Projektunternehmen entschieden sich die Steuerungskreise für jeweils ein konkretes Veränderungsthema für die bevorstehende Lernreise. *Erstens* war dies die Erstellung einer Datenschutzrichtlinie in Hinblick auf den Umgang mit digitaler Technik, *zweitens* die Erkundung der Potenziale digital gestützter, selbstorganisierter Teamarbeit für den stationären Bereich, *drittens* das Kennenlernen von Sensorsystemen im Kontext der Betreuung demenzerkrankter Pflegebedürftiger und *viertens* die Einführung einer unternehmensweit einheitlichen und organisationsbereichsübergreifenden digitalen Arbeits-, Informations- und Kommunikationsplattform.

Die Steuerungskreisteilnehmer waren dann dazu aufgefordert, sich in Vorbereitung der Lernreise zu überlegen, was aus ihrer spezifischen Perspektive die relevanten Fragestellungen an die jeweilige technisch-soziale Innovation seien. Vor allem auf Seiten der Beschäftigten konnten hier Aha-Effekte beobachtet werden. Es wurde deutlich, dass zuvor in der Regel die arbeitgeber- oder führungskräfteorientierten Argumentationen den betrieblichen Diskurs dominiert hatten. Die Beschäftigten (und häufig auch ihre Interessenvertretungen) hatten vernachlässigt, einen arbeitsorientierten und berufsfachlichen Blickwinkel einzunehmen: Inwiefern unterstützt mich die Technik? Passt sie in unsere Abläufe oder müssen diese möglicherweise modifiziert werden? Welche Folgen für die Qualität unserer Arbeit kann die Technik haben und wie werden zu erwartende Zeitgewinne verwendet? Ein solcher Fokus auf Berufsfachlichkeit war für die meisten Beteiligten neu, fiel aber auf fruchtbaren Boden.

Die Lernreisen selbst gestalteten sich – abhängig vom behandelten Thema – unterschiedlich. In den beiden Unternehmen, die sich den Themen Datenschutz und digitale Plattform widmeten, wurden sie als Inhouse-Workshops mit externen Referenten durchgeführt. Für die beiden anderen Themen konnten externe Lernreise-Ausflüge organisiert werden. Eine Reise führte in ein so genanntes Living Lab, in dem verschiedene digitale Assistenzlösungen (u. a. Sensorsysteme) kennengelernt und getestet werden konnten. Eine weitere Reise führte in die Niederlande, wo ZorgAccent, ein Unternehmen mit stationären Einrichtungen, nach dem Vorbild des Buurtzorg-Modells selbstgesteuerte Teamarbeit in kleinen Wohnbereichs- und Teameinheiten umsetzt. Fragen der Teilnehmer*innen waren hier beispielsweise: Welche Betriebs- bzw. Unternehmensform hat ZorgAccent? Welche Führungsstrukturen gibt es? Wie wird die Pflege organisiert und wie die Arbeitszeit geregelt? Welche Kompetenzen benötigen Pflegekräfte und wie nutzen sie digitale Technik? Welche Mitbestimmungsrechte und -möglichkeiten haben sie? Und schließlich: Welche Möglichkeiten gibt es, Konzept und Organisation von ZorgAccent auf die stationäre Altenpflege in Deutschland und die eigene Einrichtung im Besonderen zu übertragen?

Nachhaltigkeit sichern: Instrumente für betriebliche Innovationsarbeit installieren

Nach den Lernreisen ging es darum, das Kennengelernte zu *reflektieren und Umsetzungsempfehlungen* für das eigene Unternehmen und die eigenen Einrichtungen zu entwickeln. Um bei dem genannten Beispiel zu bleiben: Die Gruppe, die in die Niederlande gereist

war, vereinbarte in der Nachbereitung der Lernreise, dass selbstorganisierte Arbeitsformen mit digitaler Unterstützung in allen Geschäftsfeldern des Unternehmens pilotiert werden sollen. In einer Vereinbarung zwischen der Unternehmensmitarbeitervertretung (UMAV) und der Geschäftsführung wurde ein gemeinsames Projekt verabredet, in dem zwei Mitglieder des Gremiums und die Personalleiterin die Leitung innehaben. Folgende Eckpunkte wurden für das Projekt vereinbart:

- Gemeinsames Verständnis von selbstorganisiertem Arbeiten (*agiles Arbeiten*) zwischen Geschäftsführung und Mitarbeitervertretung entwickeln.
- Bestandsaufnahme organisieren: In welchen Arbeitsbereichen werden schon ansatzweise selbstorganisierte Arbeitsformen realisiert?
- ‚Boden bereiten‘: Vor Ort in den Einrichtungen/Abteilungen müssen Leitungen und örtliche Mitarbeitervertretungen für selbstorganisierte Arbeitsformen sensibilisiert werden.
- Umgang mit Misserfolgen (z. B. bei selbstorganisierter digitaler Dienstplanung durch Mitarbeitende): Ängste, Fehler zu machen, beachten, positive Fehlerkultur schaffen.
- Mitarbeitende müssen von Beginn an in Veränderungsprozessen beteiligt werden.
- Arbeitsprozesse und deren Gestaltung als Ansatzpunkt für selbstorganisiertes Arbeiten und Digitalisierung sollen in den Mittelpunkt des Projekts gestellt werden. Leitgedanke: Wie können Arbeitsprozesse bestmöglich für Bewohner*innen/Klient*innen und Mitarbeitende gestaltet werden?

Aufgrund der im Verlauf der Lernreise gewonnenen Erkenntnis, dass digitale Veränderungsprozesse komplex sind und ihre Umsetzung regelmäßig überprüft und nachgesteuert werden muss, wurde ein iteratives Vorgehen mit überschaubaren Lern- und Erprobungszyklen vereinbart. Die Zuständigkeit und Verantwortung dafür soll bei der gemeinsamen Projektleitung (Mitarbeitervertretung und Personalleiterin) liegen. Durch die betriebliche Lernreise hatten die Unternehmensmitarbeitervertretung (UMAV) und die Geschäftsführung bereits konkrete Erfahrungen mit einem iterativen Vorgehen gemacht, die sie positiv bestärkten, dies auch nach *DIALOGSPPLUS* weiter auszubauen.

Auch in dem Unternehmen, in dem an einer Datenschutzrichtlinie gearbeitet wurde, wurde gegen Projektende deutlich, welche Lernergebnisse das Projekt gebracht hatte: Die Einführung neuer technischer Lösungen müsse gut und unter frühzeitiger Einbindung aller Betroffenen geplant werden, so das Fazit der Steuerungsgruppe. Dabei sei es wichtig festzuhalten, was mit der technischen Lösung eigentlich erreicht werden soll, damit ein Probelauf nach einer vereinbarten Zeit überhaupt auf die Erreichung dieser Ziele hin überprüft werden kann. Konkret heißt das für die im Anschluss an *DIALOGSPPLUS* geplanten Probelaufe mit mobilen Endgeräten (Tablets und Smartphones) für die digitale Pflegedokumentation, dass zunächst folgende Aspekt geklärt werden:

- Stand der technischen Ausstattung
- Information und Einführung der Mitarbeitenden in die zu erprobende digitale Technik
- Organisation des Probelaufs
- Erfassung der Wirkungen der digitalen Technik
- Auswertung des Probelaufs

Anhand der Zieldimensionen *Unternehmen, Bewohner*innen/Bezugspersonen* und *Beschäftigte* wurde von der Projektgruppe erarbeitet, was mit der mobilen digitalen Pflegedokumentation erreicht werden solle. Beispielsweise wurde für das Unternehmen formuliert, mehr Transparenz und Fehlerminimierung in der Dokumentation zu erreichen, aus Bewohnerperspektive sollte die Informationsweitergabe verbessert und mehr Zeit für

Interaktion ermöglicht werden und aus Sicht der Beschäftigten sollte Entlastung erreicht werden. Hierzu wurde eine Checkliste mit operationalisierten Kriterien entwickelt, mit denen die Beschäftigten die Wirkungen während des Probelaufs beurteilen sollen.

Während des geplanten dreimonatigen Probelaufs in zwei Wohnbereichen sollen der Digitalisierungsbeauftragte und ein Mitglied des Betriebsrats mit den Beschäftigten eine wöchentliche Reflexion zu den Erfahrungen mit der digitalen Dokumentation mit folgenden Fragestellungen durchführen:

- Wie wirkt sich die digitale Dokumentation auf die Arbeitsprozesse aus?
- Welche neuen Anforderungen gibt es durch die digitale Dokumentation an die Mitarbeitenden hinsichtlich Fachwissen, Kommunikation, Informationsweitergabe etc.?
- Wie funktioniert der Umgang mit den mobilen Geräten hinsichtlich Verfügbarkeit, Aufladen, Unterschieden in der Handhabbarkeit?

Die Ergebnisse der wöchentlichen Reflexionen sollen zusammenfassend dokumentiert und Beschäftigten und Führungskräften der Einrichtung regelmäßig als Information zur Verfügung gestellt werden. Auch in diesem Unternehmen wurde zwischen Geschäftsführung und Betriebsrat vereinbart, die *DIALOGSPLUS*-Projektgruppe als Steuerungsgruppe für Digitalisierung und Mitarbeiter*innenbeteiligung auch nach Projektende fortzuführen. Im Rückblick wurde von den Mitgliedern der Projektgruppe eingeschätzt, dass ohne *DIALOGSPLUS* eine systematisierte beteiligungs- und wirkungsorientierte betriebliche Gestaltung der Digitalisierung nicht erreicht worden wäre.

10.5 Resümee: Von der partizipativen Technikgestaltung zur betrieblichen Strategiepartnerschaft

Das Instrument Lernreise im Projekt *DIALOGSPLUS* hatte zum Ziel, den betrieblichen Akteuren die Gelegenheit zu geben, eingespielte Praktiken zu hinterfragen, neue technische Lösungen niedrigschwellig kennenzulernen und weiterführende Gestaltungschancen und -voraussetzungen für das eigene Unternehmen zu entwickeln. In der praktischen Umsetzung zeigte sich, dass das Instrument flexibel an die jeweils spezifischen unternehmensstrukturellen Voraussetzungen, betrieblichen Dialogkulturen und die unterschiedlichen konkreten Veränderungsthemen und -interessen angepasst werden konnte.

In allen beteiligten Unternehmen wurde die Gelegenheit, das Thema Digitalisierung und seine Verknüpfung mit Fragen der Arbeitsgestaltung, Fachkräftesicherung, Organisationsentwicklung etc. in einem strukturierten und moderierten Rahmen zu thematisieren, gerne genutzt. Digitalisierung, so die Grundannahme des Projektes, findet nicht organisationsneutral statt. Und das – so stellte sich in den Lernreisen sehr schnell heraus – heißt insbesondere in personalintensiven Dienstleistungstätigkeiten auch: Digitalisierung kann ohne eine Beteiligung der Nutzer*innen/Anwender*innen nicht funktionieren und muss die Vorerfahrungen der beteiligten zum Umgang mit betrieblichen Veränderungsprozessen mitreflektieren. Vielfach kamen Beispiele zur Sprache, bei denen die Einführung neuer Technik daran gescheitert war, dass diese entweder nicht den Bedarfen entsprach, nicht an die Ausstattung, Kompetenzen oder arbeitsorganisatorischen Voraussetzungen im Betrieb angepasst war oder aus anderen Gründen von den Beschäftigten nicht genutzt wurde bzw. sinnvoll genutzt werden konnte.

Die Lernreise initiierte und begleitete diese betrieblichen Lernprozesse, für die in der Regel im Arbeitsalltag der Pflegeeinrichtungen wenig Raum zur Verfügung steht. Denn so einleuchtend die erworbenen Erkenntnisse klingen mögen, so neu war es doch für die

Beschäftigten, diesen Perspektivwechsel zu vollziehen: Weg von der Frage „Was verlangt die Technik von mir?“ hin zur Frage „Was erwarte ich von der Technik?“. Die Zielsetzung(en) einer Maßnahme konkret zu benennen und das Erreichen dieser Ziele zum Kriterium einer Nutzenbewertung zu machen, mag banal klingen – in der betrieblichen Praxis wird dies immer noch zu häufig vernachlässigt (vgl. auch den Beitrag von Breuer et al. 2020 in diesem Band, Kap. 7).

In den betrieblichen Lernreisen wurde exemplarisch sichtbar, welche innovativen Gestaltungsoptionen möglich sind, die für Unternehmen, Beschäftigte und Klient*innen Win-Win-Win-Situationen schaffen können. Dabei sind drei Handlungsdimensionen in ihren Wechselwirkungen und im Hinblick auf Digitalisierung zu erfassen und zu gestalten:

- *Unternehmens-/Organisationsentwicklung*: hierzu gehören u. a. die Unternehmensstrategie, die Organisations- und Führungskultur, Arbeitsorganisation, Prozessgestaltung, Personalmanagement und -entwicklung
- *Beteiligungs- und Mitbestimmungskultur*: hierzu gehören u. a. das Selbstverständnis und die realisierte Mitbestimmung der betrieblichen Interessenvertretung, die Arbeitsbeziehungen zwischen den Betriebsparteien, weitere Formen der Beteiligung der Beschäftigten bei Entscheidungs- und Veränderungsprozessen
- *Lern- und Veränderungskultur*: hierzu gehören u. a. die Fähigkeit, Innovationen zu entwickeln und/oder in die Organisation zu integrieren, arbeitsintegrierte Lernprozesse im Unternehmen zu ermöglichen und zu gestalten, die Kompetenzausprägung betrieblicher Akteure in der handwerklichen Gestaltung von Projekten und Veränderungsprozessen sowie die Bereitschaft und Fähigkeit von Unternehmensführung, Interessenvertretung und Beschäftigten sich auf Veränderungen als dauerhafte Konstante in der Arbeit einzustellen

Die Lernreise ermöglichte in den Projektunternehmen, die Perspektive der Beschäftigten in einen Prozess zu integrieren, der ansonsten in der Regel technik- und führungskräfteorientiert geprägt ist. Um die Anforderungen aller drei Ebenen an betriebliche Gestaltung von Digitalisierung handhabbar zu machen, sind iterative Vorgehensweisen notwendig (vgl. auch den Beitrag von Bleses/Busse in diesem Band, Kap. 4), die jedoch in einem von Unternehmensführung, betrieblicher Interessenvertretung und weiteren Funktionsträgern (IT, QM, Personalabteilung etc.) verbindlich vereinbarten Rahmen erprobt und evaluiert werden sollten. Wenn an dieser Stelle ein ‚Rückfall‘ in tradierte hierarchische ‚top-down‘-Entscheidungsmuster erfolgt, wird die Chance auf echte Innovation durch Digitalisierung vertan.

Literatur

- Akca, S., Kugler, C. (2016). Empowerment von Pflegenden in Akutkrankenhäusern. In: G. Becke, P. Bleses, F. Frerichs, M. Goldmann, B. Hinding, M. K. W. Schweer (Hrsg.), Zusammen – Arbeit – Gestalten. Soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen (S. 261-282). Wiesbaden: Springer VS.
- Becker, M., Prümper, J. (2011). Partizipation in der Pflege: Einfluss der Dienstplangestaltung als Moderator zwischen wöchentlicher Arbeitszeit und Arbeitsfähigkeit. In: Giesert, M. (Hrsg.), Erfolgreich führen... mit Vielfältigkeit und Partizipation der Beschäftigten (S. 96-111). Hamburg: VSA.

- Bleses, P., Busse, B., Friemer, A. (2020). Veränderungsprojekte Digitalisierung der Arbeit in der Langzeitpflege. Anforderungen und Gestaltungsoptionen im Rahmen umfassender Veränderungsprozesse. Kap. 2 in diesem Band
- Bleses, P., Busse, B. (2020). Digitalisierung der Pflegearbeit in der ambulanten Pflege: Herausforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten guter Arbeitsqualität. Kap. 4 in diesem Band.
- Breuer, J., Bleses, P., Philippi, L. (2020). Praxisorientierung und Partizipation. Schlüssel für Technikgestaltung in Veränderungsprojekten. Kap. 5 in diesem Band.
- Bleses, P., Jahns, K. (2016): Soziale Innovationen in der ambulanten Pflege. In: Becke, G., Bleses, P., Frerichs, F., Goldmann, M., Hinding, B. (Hrsg.), Zusammen – Arbeit – Gestalten. Soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen (S. 127-144). Wiesbaden: Springer VS.
- Blume, L., Gerstlberger, W. (2007). Determinanten betrieblicher Innovation. Partizipation der Beschäftigten als vernachlässigter Einflussfaktor. Industrielle Beziehungen. Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management, 14 (3), 223-244.
- Bräutigam, C., Enste, P., Evans, M., Hilbert, J., Merkel, S., Öz, F. (2017). Arbeitsreport Digitalisierung im Krankenhaus: Mehr Technik – bessere Arbeit? Study der Hans-Böckler-Stiftung Nr. 364. https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_364.pdf (Zugriff am 28.01.2020).
- Büchner, S. (2018). Zum Verhältnis von Digitalisierung und Organisation. Zeitschrift für Soziologie 47 (5), 332-348.
- Bundesagentur für Arbeit (BA) (2019). Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich. Berichte: BlickpunktArbeitsmarkt, Mai 2019. <https://statistik.arbeitsagentur.de/Statistischer-Content/Arbeitsmarktberichte/Berufe/generische-Publikationen/Altenpflege.pdf> (Zugriff am: 28.01.2020).
- Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (BAGFW), Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) (2017). Digitale Transformation und gesellschaftlicher Zusammenhalt –Organisationsentwicklung der Freien Wohlfahrtspflege unter den Vorzeichen der Digitalisierung. https://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Veroeffentlichungen/Pressemeldungen/PM_2017/Digitalisierung_9_2017_neu/strateg_Partnerschaft_Digitalisierung_BAGFW_BMFSFJ_070917.pdf (Zugriff am 28.01.2020).
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2019). Abschlussbericht der Konzierten Aktion Pflege. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3_Downloads/K/Konzierte_Aktion_Pflege/0619_KAP_Vereinbarungstexte_AG_1-5.pdf (Zugriff am 28.01.2020).
- Dehnbostel, P. (2018). Lern- und kompetenzförderliche Arbeitsgestaltung in der digitalisierten Arbeitswelt. ARBEIT. Zeitschrift für Arbeitsforschung, Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik 27 (4), 269-294.
- Deutscher Pflegerat e.V. (2019). Positionspapier: Digitalisierung in der Pflege https://deutscher-pflegerat.de/Fachinformationen/2019-11-08_Onlineversion_dpr_Digitalisierung_in_der_Pflege_Positionspapier.pdf?m=1573122384& (Zugriff am 28.01.2020).
- Evans, M. (2018). Wozu Digitalisierung in der sozialen Dienstleistungsarbeit? Suchfelder für die digitale Dividende und Handlungsfelder betrieblicher Gestaltung. In: Stadler,

- W. (Hrsg.), *Mehr als Algorithmen: Digitalisierung in Gesellschaft und Sozialer Arbeit; Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit, Sonderbd.* 2018 (S. 66-74). Weinheim: Beltz/Juventa.
- Fachinger, U., Mähs, M. (2019). Digitalisierung und Pflege. In: Klauber, J., Geraedts, M., Friedrich, J., Wasem, J. (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2019. Das digitale Krankenhaus* (S. 115-128). Berlin: Springer.
- Fachverband Informationstechnologie in Sozialwirtschaft und Sozialverwaltung (FINSOZ) (2017). Positionspapier Digitalisierung der Sozialwirtschaft, 2. überarbeitete Aufl., Oktober 2017. <https://www.finsoz.de/sites/default/files/positionspapier-digitalisierung-2.auflage.pdf> (Zugriff am 28.01.2020).
- Friesacher, H. (2010). Pflege und Technik – eine kritische Analyse. *Pflege & Gesellschaft* 15 (4), 293-367.
- Fuchs-Frohnhofen, P., Esser, N., Ciesinger, K.-G., Warner, N., Müller, P. (2017). Chancen und Risiken des Einsatzes digitaler Technologien in der Altenpflege. http://www.digikomp-ambulant.de/files/digikomp-ambulant/content/PDF%20Dateien/Chancen-Risiken_Technik_Altenpflege.pdf (Zugriff am 28.01.2020).
- Hergesell, J. (2018). Technische Assistenzen in der Altenpflege. Eine historisch-soziologische Analyse zu den Ursachen und Folgen von Pflegeinnovationen. Weinheim/Basel: Juventa.
- Hielscher, V., Nock, L., Kirchen-Peters, S. (2015). *Technikeinsatz in der Altenpflege. Potenziale und Probleme in empirischer Perspektive.* Baden-Baden: Nomos.
- Hilbert, J., Scharfenorth, K., Haberle, J. (1999). Vom Virtuellen Altenheim zu TESS in-kontakt. Erfahrungen aus einem Entwicklungs- und Erprobungsprojekt für mehr Lebensqualität im Alter. In: IAT (Hrsg.), *Jahrbuch 1998/1999* (S.132-143). Gelsenkirchen: IAT.
- Hinding, B., Albrecht, M., Bhering Soares, Y., Kastner, M. (2016). Ansatzpunkte zur Förderung innovationsbezogenen Verhaltens von Beschäftigten in Gesundheits- und Sozialberufen. In: Becke, G., Bleses, P., Frerichs, F., Goldmann, M., Hinding, B. (Hrsg.), *Zusammen – Arbeit – Gestalten. Soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen* (S. 163-182). Wiesbaden: Springer VS.
- Hülken-Giesler, M. (2016). Vorteile und Grenzen der Technisierung in der Pflege. In: Dabrowski, M., Wolf, J. (Hrsg.), *Menschenwürde und Gerechtigkeit in der Pflege* (S. 159-186). Paderborn: Schöningh.
- Hülken-Giesler, M. (2011). Neue Technologien in der häuslichen Versorgung älterer Menschen – Anforderungen aus pflegewissenschaftlicher Perspektive. In: Remmers, H., (Hrsg.), *Pflegewissenschaft im interdisziplinären Dialog* (S. 315-342). Osnabrück/Göttingen: V&R unipress.
- Hülken-Giesler, M., Depner, D. (2018). Demokratische Techniknutzung in der Pflege, oder: Kann die Pflege Mikropolitik? In: Balzer, S., Barre, K., Kühme, B., von Gahlen-Hoops, W. (Hrsg.): *Wege kritischen Denkens in der Pflege* (S. 85-100). Frankfurt a. M.: Mabuse.
- Ludwig, C., Evans, M. (2018). Digitalisierung in der Altenpflege: Gestaltungsoptionen und Gestaltungswege für betriebliche Interessenvertretungen. Gelsenkirchen: Inst. Arbeit und Technik. *Forschung Aktuell*, Nr. 12/2018. <https://www.iat.eu/forschung-aktuell/2018/fa2018-12.pdf> (Zugriff am 28.01.2020).

- Meißner, A. (2017). Technisierung der professionellen Pflege. Einfluss. Wirkung. Veränderung. In: Hagemann, T. (Hrsg.), Gestaltung des Sozial- und Gesundheitswesens im Zeitalter von Digitalisierung und technischer Assistenz (S. 153-172). Baden-Baden: Nomos.
- Merda, M., Schmidt, K., Kähler, B. (2017). Pflege 4.0 - Einsatz moderner Technologien aus der Sicht professionell Pflegenden. Forschungsbericht. https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Medientypen/BGW%20Broschueren/BGW09-14-002-Pflege-4-0-Einsatz-moderner-Technologien_Download.pdf?__blob=publicationFile (Zugriff am: 28.01.2020).
- Mix, S., Borchelt, M., Nieczaj, R., Trilhof, G., Steinhagen-Thiessen, E. (2000). Telematik in der Geriatrie – Potentiale, Probleme und Anwendungserfahrungen. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 33 (3), 195-204.
- Pfeiffer, S. (2019). Digitale Arbeitswelten und Arbeitsbeziehungen: What you see is what you get? Industrielle Beziehungen. Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management 26 (2), S. 232-249.
- Rösler, U., Schmidt, K., Merda, M., Melzer, M. (2018). Digitalisierung in der Pflege. Wie intelligente Technologien die Arbeit professionell Pflegenden verändern, Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA), Berlin. https://www.inqa.de/Shared-Docs/PDFs/DE/Publikationen/pflege-4.0.pdf%3Bjsessionid%3DF08A96B873C0EF1730A68B64C1DEE526%3F__blob%3DpublicationFile%26v%3D2 (Zugriff am 28.01.2020).
- Rothe, I., Wischniewski, S., Tegtmeier, P., Tisch, A. (2019). Arbeiten in der digitalen Transformation – Chancen und Risiken für die menschengerechte Arbeitsgestaltung. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 73 (3), 246-251.
- Staab, P. (2017). Neue Arbeit, alte Konfliktfelder. Ein Plädoyer für kooperative Technikgestaltung. OrganisationsEntwicklung. Zeitschrift für Unternehmensentwicklung und Change Management 12 (2), 42-46.
- Theobald, H. (2018). Pflegearbeit in Deutschland, Japan und Schweden. Wie werden Pflegekräfte mit Migrationshintergrund und Männer in die Pflegearbeit einbezogen? Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

Teil V**Offene Fragen und Perspektiven**

11 Betriebliche und überbetriebliche Handlungs- und Regulierungsanforderungen

in Veränderungsprojekten der Digitalisierung in der Langzeitpflege

Carola Bury und Peter Bleses

Zusammenfassung

Zunächst werden einige zentrale Ergebnisse der Beiträge dieses Bandes resümiert, die für ein Gelingen digitaler Veränderungsprojekte der Arbeit in der Langzeitpflege unter Beachtung der Arbeitsqualität ausschlaggebend sind. Es zeigen sich in der Branche aber auch übergreifende Handlungs- und Regulierungsanforderungen (insbesondere in den Bereichen Arbeitszeit/Erreichbarkeit/Ruhezeiten, Datenschutz und -sicherheit, digitale Kompetenzen in der Pflegeaus- und -fortbildung). Diese sind für die Handlungs- und Erwartungssicherheit sowie Entwicklungsfähigkeit der Pflegekräfte und damit für ihre Belastungssituation ebenso wichtig wie für die Veränderungsfähigkeit und Rechtssicherheit der Organisationen. Abschließend wird gefragt, welche Akteure oder Instanzen arbeitsrechtliches Wissen einbringen, verbindliche Vereinbarungen treffen oder Regeln durchsetzen können, wenn und solange das mittels Kollektivvereinbarungen im Rahmen des Betriebsverfassungs- und Tarifrechts nicht ausreichend möglich ist.

11.1 Einführung

Natürlich ist die Langzeitpflege aufgrund des Tätigkeitsfeldes bzw. ihrer Primäraufgabe keine Vorreiterbranche, was den Einsatz und die Einsatzbereitschaft digitaler Arbeitsmittel anbelangt. Aber auch hier schreitet die Digitalisierung der Pflegearbeit voran. Und grundsätzlich ist auch in der Langzeitpflege den meisten Beteiligten einschließlich der Pflegekräfte klar, dass der Digitalisierungsprozess nicht an ihrer Arbeit vorübergehen wird. Das wird zwar manchmal skeptisch, manchmal aber auch als Chance für eine bessere Arbeitsqualität angesehen. Es gibt allerdings betrieblich (und überbetrieblich) einiges zu beachten, was die erfolgreiche Einführung und Praxis digital gestützten Arbeitens und Lernens in der Langzeitpflege anbelangt. Denn ein Selbstläufer ist die Digitalisierung in dieser Pflegebranche, die durch Ökonomisierung, Arbeitsverdichtung und schlechte Arbeitsbedingungen stark unter Druck steht, längst nicht. Zudem besitzt sie kaum Ressourcen für umfassende Veränderungsprojekte, weder personelle, noch zeitliche, noch finanzielle. Gerade positive Effekte auf die Arbeitsqualität sind zwar möglich, aber alles andere als selbstverständlich. Das haben die meisten Beiträge in diesem Band gezeigt. Diesbezüglich treten einige Punkte hervor, deren Beachtung die Erfolgchancen digitaler Veränderungsprojekte sowie die Arbeitsqualität der Pflegekräfte im Veränderungsprozess verbessern können:

- Die Beteiligung aller Gruppen in der Pflege über das gesamte Veränderungsprojekt – und zwar sowohl als unmittelbare Beteiligung von Beschäftigten ‚in der ersten Person‘ als auch mittels formaler betrieblicher Mitbestimmung

- Eine veränderungsfreundliche Führung und Organisation, die Vertrauen im Veränderungsprojekt als Voraussetzung einer erfolgreichen Einführung von Digitalisierung schafft
- Die Orientierung der Technik und ihrer Umsetzung an der Arbeitsqualität der Pflegekräfte, dem Praxisnutzen und den vorhandenen Arbeits- und Organisationsstrukturen (sozio-technische Gestaltungsperspektive)
- Kompetenzentwicklung für digitale Technik im engeren Sinne (Bedienung von Geräten und Software) und im weiteren Sinne (Veränderungsfähigkeit, Bereitschaft der Integration digital gestützten Arbeitens in die Pflegearbeit)
- Notwendigkeit und Gewährleistung von Datenschutz und Datensicherheit
- Verantwortlichkeiten bei neuen Aufgaben bzw. Aufgabenerweiterungen der Pflegekräfte, insbesondere mit Regelungen zu den Fragestellungen: Für was ist wer zuständig? Was geschieht, wenn Verantwortlichkeiten nicht ausgefüllt werden können?
- Die Ressourcenorientierung: Was kann das Personal, was kann die Organisation im Veränderungsprojekt schultern? Wie schnell kann es gehen?
- Und die Folgenorientierung: Wie verändert sich die Pflegearbeit als Interaktionsarbeit durch digital gestütztes Arbeiten sowohl in der Tätigkeit und deren Rahmenbedingungen (Arbeitszeit, Erreichbarkeit) selbst als auch für die Patient*innen (etwa in der persönlichen Zuwendung) und für den ganzheitlichen Blick auf die Versorgung (etwa von Cure und Care)?

Fast alle diese Fragen wurden in den vorangegangenen Beiträgen nicht nur grundsätzlich thematisiert, sondern es wurden auch zahlreiche praxisnahe Gestaltungsmöglichkeiten aufgezeigt. Und es wurden Hinweise darauf gegeben, wo es weiteren Bedarf der Forschung und Entwicklung zu den Rahmenbedingungen und Folgen der Digitalisierung der Arbeit in der Langzeitpflege gibt.

Wir werden uns in diesem Beitrag beispielhaft mit einigen, in diesem Band zum Teil mehrfach thematisierten, zentralen betrieblichen und überbetrieblichen *Handlungs- und Regelungsbedarfen* in der Langzeitpflege unter den Bedingungen einer immer weiter in die eigentliche Pflegearbeit vordringenden Digitalisierung befassen. Einige dieser Bedarfe beziehen sich nicht nur auf die Organisation von Arbeit, sondern sind stark rechtlich (insbesondere arbeits- und datenschutzrechtlich) ausgerichtet. Dabei kann es hier nicht darum gehen, eine arbeitsrechtliche Beratung zu geben, sondern es soll aufgezeigt werden, wo die Bedarfe liegen, welche Akteure vorhanden und eigentlich zuständig wären und in welcher Hinsicht zu handeln ist. In den Mittelpunkt stellen wir im folgenden Abschnitt (11.2) Themenbereiche, die für die *Handlungs- und Erwartungssicherheit* von Beschäftigten und Pflegeorganisationen im Prozess der Digitalisierung des Arbeitens und Lernens in der Langzeitpflege grundlegend sind:

- Arbeitszeit- und Abgrenzungsfragen einschließlich gesundheitlich wichtiger Ruhezeiten
- Umgang mit Datenschutzfragen im Betrieb (Patient*innen- und Beschäftigtendatenschutz)
- Integration digitaler Kompetenzen in die pflegerische Aus-, Fort- und Weiterbildung

Abschließend thematisieren wir die Frage, wer in den Betrieben oder für die Betriebe der Langzeitpflege eigentlich handeln kann und müsste, um die zentralen Anforderungen umzusetzen, wenn es in vielen Einrichtungen an kollektiven Akteuren und Regelungen mangelt (11.3).

11.2 Handlungs- und Regelungsbedarfe

Handlungsfeld Erfassung und Abgrenzung von Arbeitszeit, freier Zeit und Ruhezeiten

Viele Arbeitszeitfragen außerhalb der eigentlichen Dienstzeit sind gesetzlich oder gerichtlich bislang nicht übergreifend geklärt. Hierzu gehören insbesondere

- die Anerkennung von Arbeitszeiten außerhalb der eigentlichen Dienstzeiten z. B. bei Nutzung digitaler Technik zur Tourenvorbereitung am Vortag des Dienstes oder beim dienstlich bedingten E-Learning daheim,
- die damit u. U. fragliche Einhaltung der gesetzlichen Ruhezeiten,
- die Erreichbarkeit auf mobilen digitalen Geräten außerhalb der offiziellen Arbeitszeit sowie
- die Organisation von Ersatzzeinsätzen beim kurzfristigen Ausfall von Pflegekräften.

Sowohl Führungs- als auch Pflegekräfte können durch die digitale Unterstützung auch über die Dienstzeiten hinaus enger verbunden sein. Das gilt vor allem dann, wenn mobile Dienstgeräte mit nach Haus genommen werden können oder sogar sollen. Dabei können die Gründe, Grenzen und die Beurteilung individuell und arbeitsrechtlich sehr unterschiedlich sein – und Pflegekräfte zeigen sich diesbezüglich sehr ambivalent. Im Interesse arbeitsrechtlicher Klarheit sowie Handlungs- und Erwartungssicherheit für die Pflege- wie Leitungskräfte gilt es aber, Grenzen festzulegen und Regelungen zu fixieren.

Einerseits begrüßen Pflegekräfte es, wenn sie auch außerhalb der eigentlichen Arbeitszeit über für sie wichtige Belange informiert werden oder wenn sie sich informieren können. Eine bessere Informationslage, beispielsweise in der ambulanten Pflege bei kurzfristigen Umplanungen, insbesondere bei Neuaufnahmen von Patient*innen, kann Belastungen abbauen, weil man vor dem Dienst weiß, was auf einen zukommt. Man kann sich innerlich – oder auch durch das Kontaktieren anderer Pflegekräfte – auf die kommende Betreuung vorbereiten. Auch Anrufe von Kolleg*innen werden – schon aus Gründen der Kollegialität – meist gerne beantwortet. Dabei geht es häufig um Dinge, die (noch) nirgendwo aufgeschrieben sind (z. B. Erkundigungen über die häusliche oder psychische Situation vorm Wochenende neu aufgenommener Patient*innen), den Pflegekräften beim für sie ersten Besuch aber Sicherheit geben. Auf der anderen Seite – und das thematisieren Pflegekräfte auch – unterbrechen diese informellen kurzzeitigen oder kollegialen dienstlichen Angelegenheiten auch die Zeit des Abschaltens und Regenerierens.

Das gilt dann umso mehr und auch nicht nur in der ambulanten Pflege, wenn für die Pflegekraft nicht einzuschätzen ist, warum angerufen wird: Ist es ‚nur‘ die Bitte um eine kurze Info oder kann es etwa auch um die Anfrage kurzfristigen Einspringens für erkrankte Kolleg*innen gehen? Diese Unsicherheit, wie weitreichend die Folgen eines Anrufes hinsichtlich der weiteren Frei- und Erholungszeiten sein können, kann die Belastung durch Anrufe erheblich variieren lassen. Zudem können auch scheinbar kurze Informationsfragen dazu führen, dass danach eine längere ‚interne‘ Auseinandersetzung mit dem Thema stattfindet (z. B. das Nachdenken über das eigene Handeln bei einer/m bestimmten Patient*in). Damit erhalten solche Kontakte zum Betrieb neben der quantitativen Dimension ‚Zeit‘ auch eine nicht zu unterschätzende qualitative Dimension, die in Bezug auf die psychische Belastung beachtet werden muss.

Beide Dimensionen bedingen Fragen nach der Steuerung von Störungen außerhalb der eigentlichen Dienstzeit. Dabei handelt es sich zum einen um ihre Anerkennung erstens im Rahmen der Berücksichtigung als Arbeitszeiten und zweitens hinsichtlich der Frage, ob die gesetzliche Ruhezeit nach § 5 Arbeitszeitgesetz durchbrochen wird (in der Regel 11

Stunden, in der Pflege mindestens 10 Stunden bei späterem Ausgleich der fehlenden Ruhezeiten). Und wenn eine Durchbrechung der Ruhezeiten stattfindet, wird man wohl von Arbeitszeit auszugehen haben. Allerdings gibt es aktuell in der Pflege kaum Regelungen, wie mit der dafür aufgewandten Arbeitszeit umgegangen werden sollte. In der ambulanten Pflege werden zwar die mobilen Tourenbegleiter auch zur Zeiterfassung im Rahmen der Tourenplanung eingesetzt. Unterschieden wird häufig zwischen Büro-/Organisations-, Anfahrts- und Pflegezeiten. Damit können die Geräte genutzt werden, um Arbeitszeiten zu dokumentieren und zu kontrollieren. Daheim wird diese Funktion meist wohl noch nicht genutzt – obwohl sie ja eigentlich genutzt werden könnte.

Das würde aber voraussetzen – oder es wäre zumindest sinnvoll – die Erreichbarkeitswege jedenfalls dort, wo Dienstgeräte mit nach Hause genommen werden, auf die Dienstgeräte zu beschränken. Das hätte neben den Dokumentationsvorteilen der Arbeitszeit auch den Vorteil, dass gleich mit geregelt werden könnte, wann eine Pflegekraft außerhalb des eigentlichen Dienstes überhaupt erreichbar sein muss, wie und für was sie erreichbar sein muss. Dabei ist aber zu bedenken, dass Erreichbarkeitsregeln mit den gesetzlichen oder tariflichen Regelungen zu Rufbereitschaft und Bereitschaftsdienst abgestimmt sein müssen bzw. Regelungen zur Erreichbarkeit daheim Rufbereitschaft oder u. U. sogar Bereitschaftsdienst sein können.¹⁷

Problematisch sind für Pflegekräfte jenseits der grundsätzlichen Erreichbarkeit, der Rufbereitschaft und des Bereitschaftsdienstes vor allem auch das ungeplante ‚Holen aus dem Frei‘ oder sehr kurzfristige Dienstplanänderungen. Aufgrund der oft geringen Personaldecke, inzwischen hohen Krankenständen und einem nicht ausreichenden Ausfallmanagement sind entsprechende ‚Kontaktaufnahmen‘ in personenbezogenen Dienstleistungen (über die Langzeitpflege hinaus) weit verbreitet und nahezu regelhaft. Diese führen dazu, dass Pflegekräfte das Gefühl haben können, niemals ‚richtig frei‘ zu haben (vgl. Bleses/Jahns 2016; Benedix/Medjedovic 2014). Hier wird deutlich, wie dringend aus der Perspektive der Arbeitsqualität und der Perspektive der Beschäftigten erstens ein systematisches Ausfallmanagement (das wiederum einen ausreichenden Personalbestand voraussetzt) wäre, das klar regelt, wer zu welchem Zeitpunkt im Notfall einzuspringen hat (vgl. zur Rechtssituation am Beispiel der in Kliniken beschäftigten Hebammen Sichtung-Busch 2019). Zweitens ist eine verlässliche Dienstplangestaltung wichtig, die den Beschäftigten gerade auch beim Thema ‚Einspringen‘ sowie ‚Tauschen‘ und ‚Freizeitausgleich‘ von Einsätzen Transparenz und Mitgestaltungsmöglichkeiten einräumt. Dabei könnte eine digitale Plattform ausgesprochen hilfreich sein (vgl. den Beitrag von Kubek et al. in diesem Band, Kap. 5).

Es geht bei all diesen Erwägungen um notwendige Elemente der Sicherung von Ressourcen einer nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit für Pflegekräfte in der Langzeitpflege als einer Beschäftigtengruppe, die sowieso schon bis über die Grenzen hinaus belastet ist. Jede Belastung gehört daher auf den Prüfstand: Ist sie unumgänglich und ist sie von den Beschäftigten zu bewältigen? Dabei muss auch die Kumulation der einzelnen Belastungen beachtet werden: Manches mag für sich genommen nicht so schwer wiegen, aber wie schwer wiegt es in der Gesamtschau? Und dass Probleme der Abgrenzung von Arbeits- und Freizeit schon für sich genommen für die Pflegekräfte schwer wiegen, zeigt nahezu jede Untersuchung zur Arbeitsqualität aus jedem Pflegebereich. Daher muss man achtgeben, dass sich diese Situation durch die Digitalisierung der Arbeit gerade wegen der neuen

¹⁷ Vgl. grundsätzlich zu Fragen erweiterter Erreichbarkeit insbesondere im Rahmen der Rufbereitschaft und des Bereitschaftsdienstes Maier 2019, Pauls et al. 2019.

und vielfach begrüßten Kommunikationsmöglichkeiten in der Pflege nicht noch verschlechtert!

*Handlungsfeld Datenschutz und Datensicherheit von Beschäftigten und Patient*innen*

Gesellschaftlich, politisch und wissenschaftlich thematisiert werden aktuell vor allem Fragen der Datensicherheit, des Datenschutzes von Patient*innen und Unternehmen (vgl. hierzu beispielsweise Jäschke et al. 2019; Neumann 2019). Relevant sind aber auch Schutzbedarfe von Beschäftigten (vgl. Maier 2019, S. 269ff.), insbesondere weil es eine Vielzahl von nicht oder unterschiedlich geregelten Schnittstellen unter Kolleginnen und Kollegen, mit der Zentrale und in der Häuslichkeit gibt. Zwar bieten digitale Arbeitsmittel bessere Möglichkeiten der Planung, Koordination, Kommunikation und Transparenz der Arbeit, aber grundsätzlich eben auch Möglichkeiten, die Beschäftigten zu überwachen, z. B. hinsichtlich Arbeitszeit, Arbeitsgeschwindigkeit, Wegstrecken, Arbeitsort. Der Arbeitgeber kann beispielsweise über Standortermittlung im Nachhinein Wege, Zeiten und erbrachte Leistungen überprüfen. Zudem kann die Zeit- und Ortskontrolle zur weiteren Verdichtung der Arbeitseinsätze führen und die Arbeitsqualität der Pflegekräfte beeinträchtigen (vgl. auch Pöser/Bleses 2018). Und nicht zuletzt können auch weitere Akteure, wie Krankenkassen ein Interesse an Kontrollen haben. Unter Umständen kann dies auch die Akzeptanz von digitalen Arbeitsmitteln gefährden. Dabei können die Grenzen von notwendiger Dokumentation und als unangemessen empfundenen Kontrollmöglichkeiten fließend sein.

Es kann hier kein Datenschutzkonzept für den Umgang mit Beschäftigtendaten entworfen werden – und auch keines zum Umgang mit Patient*innendaten. Aber es kann darauf aufmerksam gemacht werden, dass gerade in der Langzeitpflege, die noch wenig Erfahrung im Umgang mit dem Beschäftigtendatenschutz angesichts digitaler Arbeitsmittel gesammelt hat, Nachholbedarf in verschiedener Hinsicht besteht. Dabei müssen Datenschutz und Datensicherheit alle Kommunikationswege und -orte umfassen. Das bedeutet auch, dass nur sichere Kommunikationswege und z. B. nicht herkömmliche Messenger-Dienste oder ungesicherte E-Mail zur Verfügung stehen und genutzt werden. Zudem gibt es nur wenig Sensibilisierung unter Pflegekräften, vorsichtig mit den eigenen Daten umzugehen.

Beim Patient*innendatenschutz kann im gesamten Feld der Langzeitpflege eine breite Spannbreite des Umgangs beobachtet werden. Manches wird der Technik bzw. der Technikentwicklung überantwortet. Diese habe für Datenschutz und Datensicherheit zu sorgen. Dabei kann aber der Grundsatz gelten, dass Technik zwar helfen kann, Daten zu schützen, aber nicht allein den Datenschutz verantworten kann, dazu gehört auch ein sensibler Umgang mit Daten (vgl. Breuer et al. in diesem Band, Kap. 7; Bleses et al. 2019), der auch in der Pflegeausbildung sowie in Fort- und Weiterbildungen eine Rolle spielen müsste.

Natürlich sind für beides, Datenschutz der Beschäftigten und Datenschutz der Patient*innen, alle Beteiligten zuständig, was den Umgang mit Daten anbelangt, also Beschäftigte, Führungskräfte und ggf. betriebliche Interessenvertretungen. Aber das Unternehmen selbst muss aus verschiedenen Gründen ein besonders großes Interesse an und auch die Verpflichtung (vgl. Neumaier 2018, S. 96ff.; Maier 2019, S. 279f.) zu einem angemessen geregelten betrieblichen Datenschutz haben, der allen Beteiligten die Chance eröffnet, sich den rechtlichen Anforderungen konform zu verhalten:

- Erstens sorgt das bei Beschäftigten für Vertrauen: Es wird sorgsam mit den Daten der Beschäftigten umgegangen! Wenn keine Daten gesammelt werden, erübrigen sich auch die Fragen und Nachweise nach deren Verwendung.

- Zweitens sorgt das für Handhabbarkeit für die Beschäftigten und beugt damit Unsicherheiten im Umgang mit dem Schutz von Patient*innendaten vor!
- Drittens gibt das dem Unternehmen Rechtssicherheit, und das nicht nur für den Regelfall, sondern gerade auch wenn es zu Datenschutzpannen oder Anfragen seitens der Patient*innen oder deren Angehörigen kommt!

Grundsätzlich kann den Unternehmen bezüglich des Beschäftigten- wie des Patient*innendatenschutzes geraten werden, den Grundsatz der Datenminimierung nach Art. 5 Abs. 1 DSGVO (Datenschutzgrundverordnung) zu befolgen: Alles, was nicht unbedingt einem nachvollziehbaren betrieblichen Zweck dient (bzw. weil man gesetzlich oder durch die Leistungsträger und Prüfinstanzen der Pflege dazu verpflichtet ist), sollte gar nicht gesammelt werden – und es sollte so schnell wie möglich wieder gelöscht werden, wenn der Zweck erfüllt ist (vgl. Maier 2019, S. 287ff.). Denn problematisch sind nicht die Daten, die erhoben und verarbeitet werden *könnten*, sondern nur die, die *tatsächlich* erhoben und vorgehalten werden. Transparenz insbesondere auch gegenüber den Beschäftigten ist hier das Gebot der Stunde.

Handlungsfeld digitale Kompetenzen: Verankerung in Aus-, Fort- und Weiterbildung

Wie in anderen Berufen, sollte der Digitalisierung der Tätigkeit auch eine Anpassung in den Curricula folgen. Dabei sind bislang „digitale Kompetenzen“ (Reichel/Reichel 2019) noch nicht in den Curricula der Pflegeausbildung und auch kaum in der Fort- und Weiterbildungslandschaft angekommen, wie jedenfalls mit Blick auf die Curricula der verschiedenen Pflegeausbildungen bis 2019 zeigt (vgl. Heinrichs 2019, S. 23ff.). Dafür ist die Digitalisierung der Pflegearbeit gerade in der Langzeitpflege noch zu jung. Es ist eher als ein Appell zu verstehen, dass hier noch manches fehlt, was den Beschäftigten in der Pflege helfen kann, die digitale Zukunft der Pflege besser zu bewältigen. Die jüngste Pflegeberufereform, die nach langen Kontroversen (vgl. Benedix/Kathmann 2019) eine generalistische Pflegeausbildung umsetzt, verankert mit der Neufassung der Rahmencurricula für die Ausbildung nun auch erstmalig einige Ansätze für die Entwicklung digitaler Kompetenzen, die Auszubildenden in der Pflege vermittelt werden sollen (vgl. Heinrichs 2019, S. 25ff.) – wenngleich noch sehr allgemein oder zum Teil anwendungsbezogen.

Nun müssen die konkreten Maßnahmen und Formen, mittels derer digitale Kompetenzen gefördert werden sollen, im Prozess der Einpassung der Bundes- bzw. Landes-Rahmencurricula in den Pflegeschulen eingearbeitet werden. Dabei bietet sich die Chance, die Förderung digitaler Kompetenzen als Querschnittsaufgabe zu verankern. Denn es ist kaum damit getan, das Kompetenzprofil der Pflegekräfte einfach durch ein zusätzliches Kompetenzfeld ‚IT-Kompetenzen‘ anzureichern, das neben den pflegefachlichen Kompetenzen steht. Es geht auch nicht allein um den Einsatz digitaler Lernunterstützung bzw. digitaler Medien in der Pflegeausbildung (vgl. Peters/Hülsken-Giesler 2018), obwohl das ein Element der ‚Veralltäglichung‘ von Digitalisierung als Mittel beruflichen Handelns sein kann. Schließlich können unter digitalen Kompetenzen auch nicht nur Fähigkeiten verstanden werden, die Hard- und Software zu bedienen bzw. konkrete digitale anstelle von analogen Arbeitsmitteln einzusetzen (z. B. eine bestimmte Software für die digitale Patientendokumentation). Dafür verändern sich die Technikwelt einerseits und die damit zusammenhängenden Arbeitsanforderungen und Organisationsstrukturen andererseits zu schnell. Vielmehr müssen die sogenannten digitalen Kompetenzen in die ‚eigentlichen‘, sprich primären pflegerischen Kompetenzen integriert werden, also digitale und pflegerische Kompetenzen für die zukünftige Tätigkeit miteinander verbunden werden. Diese Kompetenzen sind deutlich übergreifender als reine IT-Kompetenzen, wie der Beitrag von

Friemer in diesem Band (siehe Kap. 9) zeigt, und laufen im Ergebnis auf die Selbstbefähigung zu lebenslangem Lernen als Voraussetzung zur Bewältigung der zukünftigen Anforderungen in der Arbeitswelt hinaus.

Eigentlich verändern sich die allgemeinen Kompetenzanforderungen dadurch gar nicht so sehr. Vielmehr geht es nach Reichel und Reichel (2019, S. 10f.) weiterhin um (wie auch immer abgegrenzt) „Fachkompetenzen“, „Soziale Kompetenzen“ und „Selbstkompetenzen“ (etwa als Veränderungsfähigkeit), in deren Entwicklung digital gestütztes Arbeiten in der Pflege zu integrieren ist. Die Gesellschaft für Informatik e.V. (2017, S. 10f.) hat das sehr treffend umrissen:

„Pflegeschülerinnen und -schüler genauso wie Teilnehmerinnen und Teilnehmer an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sollen dazu befähigt werden, selbstbestimmt mit digitalen Systemen umzugehen. Dies erfordert, diese Systeme zu verstehen, im Hinblick auf Wechselwirkungen mit dem Individuum und der Gesellschaft zu bewerten sowie ihre Einflussmöglichkeiten zu sehen und nicht nur ihre Nutzungsmöglichkeiten zu kennen. Pflegekräfte sollen in der Lage sein, ihre professionelle Perspektive bei der Fortentwicklung der in ihrem Umfeld eingesetzten Systeme einzubringen. (...) Die technologische Perspektive hinterfragt und bewertet die Funktionsweise der Systeme, die die digitale vernetzte Welt ausmachen. Sie gibt Antworten auf die Frage nach den Wirkprinzipien von Systemen sowie auf Fragen nach deren Erweiterungs- und Gestaltungsmöglichkeiten. Dabei werden grundlegende Problemlösungsstrategien und -methoden vermittelt. Die gesellschaftlich-kulturelle Perspektive untersucht die Wechselwirkungen der digitalen vernetzten Welt mit Individuen und der Gesellschaft. Die anwendungsbezogene Perspektive fokussiert auf die zielgerichtete Auswahl von Systemen und deren effektive und effiziente Nutzung zur Umsetzung individueller und kooperativer Vorhaben. Sie geht der Frage nach, wie und warum Werkzeuge ausgewählt und genutzt werden. Dies erfordert eine Orientierung hinsichtlich der vorhandenen Möglichkeiten und Funktionsumfänge gängiger Werkzeuge in der jeweiligen Anwendungsdomäne sowie deren sichere Handhabung.“

Das läuft schlussendlich auf eine veränderte berufskulturelle Ausrichtung der Pflege hinaus. Es geht nicht darum, die angeblichen Antagonismen Digitalisierung (als Form des technisch gestützten Arbeitens) und Pflegearbeit (als persönliche Beziehungsarbeit) irgendwie auszutarieren und nur dafür zu sorgen, dass so viel tradierte Grundsätze ‚guter Pflege‘ wie möglich in die mehr oder weniger ‚aufgezwungene‘ digitalisierte Pflegearbeit hinübergerettet werden. Das hieße, ein Defizitbild von Pflegearbeit in der digitalisierten Zukunft zu verankern: ‚Man würde ja gerne anders (sprich: ‚persönlicher‘) pflegen, aber es geht eben nicht, weil die fremdgesteuerte Digitalisierung anderes Pflegen verlangt‘. Ein in der Ausbildung durch ein modifiziertes Curriculum verankertes berufskulturelles Leitbild, das keinen Unterschied zwischen digital gestützter und guter Pflege macht, sondern digitale Arbeitsmittel als Werkzeuge guter Pflege verankert und aufzeigt, welche Kompetenzen das Individuum dafür entwickeln muss und welche organisationale Rahmung es dafür benötigt. Darin geht es nicht um Digitalisierung der Pflege um jeden Preis, sondern um den bedarfsorientierten Einsatz digitaler Technik für den Arbeitszweck möglichst zu Nutzen aller: der Pflegekräfte, der Patient*innen und der Pflegeorganisationen.

Diesbezüglich gibt es allerdings noch eine Menge Forschungs-, Entwicklungs- und Umsetzungsbedarf. Die sehr instruktive Studie von Heinrichs (2019) zeigt, wo die verschiedenen Ansatzpunkte liegen: Sie reichen von der Curriculumentwicklung (spätestens) an den Schulen über das dortige digital gestützte Lernen (möglichst mit Lernortverknüpfung), was sowohl dafür ausgestattete Schulen wie Ausbildungsbetriebe voraussetzt, bis hin zu Lehrpersonal, das selbst digitale Kompetenzen besitzt und diese auch an die Auszubil-

denden vermitteln kann. Am weitesten sind hier wahrscheinlich junge Auszubildende (vgl. Peters/Hülsken-Giesler 2018), die bereits in einer zunehmend digitalisierten Welt aufgewachsen sind, die zum Teil schon in den allgemeinbildenden Schulen mit digitalen Lernplattformen in Kontakt gekommen sind – und die keine Scheu davor haben, digitale Mittel (z. B. eigene mobile Endgeräte) auch in der Ausbildung für ihre Zwecke einzusetzen.

11.3 Statt eines Fazits: Wer bewältigt die Handlungsanforderungen?

Das deutsche System der Arbeitsbeziehungen beruht im Kern auf kollektiv ausgetragenen Interessenkonflikten zwischen Arbeitnehmer- und Arbeitgeberseite. Im Idealfall werden diese auf betrieblicher und überbetrieblicher Ebene ausgetragen und münden in kollektiv-rechtlichen Vereinbarungen. Auf überbetrieblicher Ebene – der eigentlichen Konflikt-ebene – verhandeln Gewerkschaften und Arbeitgeberverbände Arbeitsbedingungen durch Tarifverträge (vor allem Entgelthöhe und Dauer der Arbeitszeit). Auf betrieblicher Ebene, die stark auf die Konsensfindung zum betrieblichen Wohl orientiert ist, regeln die Betriebsparteien (Betriebsrat, Mitarbeitervertretung oder Personalrat einerseits und Management andererseits) alle jene Fragen, die auf tarifvertraglicher Ebene nicht festgelegt wurden oder festgelegt werden könnten. Das sind meist spezifische, auf die jeweiligen Betriebe bezogenen Vereinbarungen. Hier geht es beispielsweise um die Dienstplangestaltung, Arbeitszeitmodelle, Fortbildung, Eingruppierungen und betriebliche Umstrukturierungen wie etwa die Umsetzung technischer Innovationen in die Betriebs- und Arbeitsorganisation.

In der Langzeitpflege, insbesondere in der ambulanten Pflege und hier insbesondere im privat organisierten Bereich sind immer noch klein- und mittelgroße Betriebsstrukturen vorherrschend. Zudem ist in der Langzeitpflege die Trägerschaft zerklüftet, es gibt eine stark föderal und in Bereiche fragmentierte Akteurslandschaft und eine sehr geringe gewerkschaftliche Organisationsrate der Beschäftigten (Schröder 2017; Benedix/Kathmann 2019). Die Folge ist, dass vielfach die kollektiven Vertretungen (insbesondere auf Seiten der Beschäftigten), die kollektivvertraglichen Regelwerke (Betriebsvereinbarungen, Tarifverträge) und das arbeitsrechtliche Expertenwissen, das Interessenvertretungen besitzen und in Regelwerke einfließen lassen, fehlen. Das hat wiederum dazu geführt, dass es in der Langzeitpflege über eine lange Zeit eine erhebliche Machtasymmetrie zu Gunsten der Arbeitgeberseite gab. Das hat sich heute angesichts von Fachkräftemangel und der demographischen Entwicklung verändert und etwas zugunsten der Beschäftigtenseite verschoben. Aber der Aufholprozess in Sachen Entgelte und anderer Arbeitsbedingungen zu anderen Branchen ist immer noch sehr groß.

Dass der nicht schneller gehen kann, hat nicht nur mit dem fehlenden Willen der Arbeitgeber zu tun. Es hat auch damit zu tun, dass die Leistungserbringer, also die Einrichtungen und ihre Träger, in verschiedene Organisationen zersplittert oder gar nicht organisiert sind. Das führt zu einem Verhandlungsvorteil der Leistungsträger, also der Kranken- und Pflegeversicherung. Die wiederum sind von begrenzten Beitragseinnahmen abhängig, was ihre Bereitschaft zur Refinanzierung z. B. von Lohnsteigerungen in die Leistungssätze für die Einrichtungen stark limitiert. Und schließlich sind Einrichtungen wie Leistungsträger stark von gesetzlichen Vorgaben abhängig (Beitragseinnahmen, Qualitätsvorgaben, Leistungsvorgaben usw.), die sie nur wenig bis gar nicht beeinflussen können, die aber ihren Handlungsrahmen erheblich definieren und einschränken.

Ob für Pflegekräfte in den ‚digitalen Tätigkeitserweiterungen‘ Attraktivitätssteigerungen oder -abnahmen liegen, lässt sich pauschal nicht beantworten. Diese Veränderung geht für alle Pflegekräfte mit neuen Rollen und Verantwortlichkeiten für die Pflegekräfte im digitalen Veränderungsprozess einher. Es stellt sich daher einerseits die dringende Aufgabe, Pflegebeschäftigte auf die digitale Zukunft ihrer Arbeit so vorzubereiten, dass sie ihren Beruf auch in dem veränderten Rahmen ausüben können und wollen. Dies bedeutet zugleich betriebliche Rahmen den Bedingungen des übrigen Arbeitsmarktes anzupassen. Ansonsten kann der digitale Veränderungsprozess den Fachkraft- und Personalmangel auch noch beschleunigen.

Angesichts vielfach fehlender oder nicht handlungsfähiger betrieblicher und überbetrieblicher Akteure hat es in den letzten Jahren mehrfach staatliche oder staatlich organisierte Eingriffe vor allem im Bereich der stationären und ambulanten Langzeitpflege gegeben. Dies geschah nicht zuletzt, weil auf Dauer der öffentliche Versorgungsauftrag gesichert werden sollte. Ein Beispiel ist die Einführung des Pflegemindestlohns 2010, der vor allem die Einkommen der Pflegehilfskräfte in der Langzeitpflege nach unten absichern soll. Ein anderes Beispiel sind die Vereinbarungen im Rahmen der „Konzertierten Aktion“ in der Pflege, die u. a. zu Verbesserungen der Einkommen oberhalb des Mindestlohns (möglichst tariflich gesichert), der Personalausstattung in den Einrichtungen und der Ausbildung führen sollen (Bundesministerium für Gesundheit 2019).

Im Ergebnis steht es (nicht nur finanziell) um die Ressourcen in der Pflege nicht zum Besten. Auch die kurzfristig mobilisierbaren Ressourcen zur Bewältigung von Veränderungsprojekten im Rahmen der Digitalisierung der Arbeit in der Pflege sind sehr begrenzt. Mit Geld lassen sich die Herausforderungen also nicht einfach angehen. Daher wiegt schwer, dass die Handlungsfähigkeit vieler Einrichtungen auch aufgrund des Fehlens kollektiver Akteure im Rahmen der betrieblichen Mitbestimmung geschwächt ist. Und: Wenngleich sich viele Arbeitgeber wohl in ihren Entscheidungen ‚freier‘ fühlen, weil sie keinen Betriebsrat haben, der ihnen in wichtigen Fragen mitbestimmend ‚reinreden‘ kann, sammelt sich eine Menge Verantwortung auf deren eigenen Schultern, die sie ansonsten teilen könnten. Zudem fehlt so eine Menge an arbeitsrechtlichem Wissen, das gerade erfahrene betriebliche Interessenvertretungen einbringen können. Vom Arbeitgeber ohne Unterstützung durch eine betriebliche Interessenvertretung ist daher viel verlangt: Er sollte (und vielleicht muss er sogar) – wenn er die Beschäftigten angesichts der Anforderungen betrieblicher Veränderungen durch die Digitalisierung der Arbeit motivieren will – so etwas wie ein ‚ideeller Vertreter‘ der Beschäftigteninteressen werden. Dazu muss er diese nicht nur laufend in Erfahrung bringen, was durch eine direkte Beteiligung der Beschäftigten auch gehen kann, aber auch aufwändig ist, er muss sie zudem als wichtige Faktoren für Entscheidungen anerkennen und in Entscheidungsprozesse einfließen lassen. Er muss dieses Vorgehen transparent gestalten und zeigen, dass er alle mitnehmen kann und niemanden ausschließt. Schlussendlich aber muss er die Entscheidung allein treffen sowie die Verantwortung und die Konsequenzen tragen, wenn etwas schiefgeht. Bei Kollektivvereinbarungen teilen sich die Parteien die Verantwortung – und allein, weil es die Mitbestimmung gibt, wissen die Beschäftigten, dass sie eine Vertretung haben, die auf ihre Belange achtet. Das kann auch Arbeitgeber im Veränderungsprozess entlasten.

Unabhängig davon, ob es eine betriebliche Interessenvertretung und vielleicht sogar einen Tarifvertrag gibt, die Herausforderungen der Digitalisierung der Arbeit lassen sich nicht allein auf betrieblicher und tariflicher Ebene bewältigen. Natürlich sind die ‚Eingriffstiefen‘ von außen erheblicher, wenn es keine Basisabsicherungen durch Kollektivvereinbarungen gibt, wie etwa der Mindestlohn in der Pflege (und in anderen Branchen) zeigt. Aber

grundsätzlich benötigen die Unternehmen der Pflege einen sie und die Beschäftigten stützenden arbeits- und sozialpolitischen Rahmen, der gesetzlich definiert ist. Dazu gehören Gesetze dort, wo betriebliche und tarifliche Vereinbarungen nicht hinreichen oder fehlen, z. B. hinsichtlich ausreichender Finanzierung und sonstiger Unterstützung für die Betriebe bei gesetzlichen Verpflichtungen zur Digitalisierung beispielsweise durch das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG). Diskutiert wird zunehmend auch eine Allgemeinverbindlichkeit von Tarifverträgen für die Langzeitpflege, um nicht nur ein unteres, sondern auch ein angemessenes Lohnniveau für die Pflegebeschäftigten zu sichern. Benötigt werden zudem verbesserte arbeitsrechtliche Regelungen, die eine Abgrenzung von Arbeits- und Freizeit in der Digitalisierung aufrechterhalten und die für die Gewährleistung ausreichender Ruhezeiten zwischen den Einsätzen sorgen, um nur die dringlichsten Anliegen zu nennen. Hinzu kommen Unterstützungsleistungen für Qualifizierung und Kompetenzentwicklung für die erweiterten Aufgaben und Verantwortungen, die auf Pflegekräfte zukommen, die an den Schnittstellen in einer vernetzten Versorgungsstruktur sitzen werden, die den First-Level-Support an den Geräten bei den Patient*innen leisten und die verschiedene Versorgungsleistungen von unterschiedlichen Dienstleistern koordinieren müssen.

In Zeiten der ökonomisierten Pflege mit einer Vielfalt von Leistungserbringern und Schnittstellen, hohen Qualitätsanforderungen und einem breiten Versorgungsauftrag sind diese Beziehungen höchst komplex. Daher muss dies überbetrieblich in den Blick genommen und behalten werden. Dazu gehören verbindliche Standards, die den Datenverkehr und die Datennutzung regeln – und damit vor allem Rechtssicherheit für alle Akteure geben. Aktuell folgt aus der Nicht-Regulierung eine Rechtsunsicherheit, die auf der professionellen Ebene auf die einzelnen Pflegekräfte oder Betriebe verlagert wird. Dabei sollte dieser Veränderungsprozess nicht ungesteuert laufen. Soll die digitalisierte Arbeit in der Pflege attraktiv gestaltet werden, müssen auch andere Akteure, wie Berufsverbände und Gewerkschaften beteiligt und fehlende Akteure kompensiert werden. In jedem Fall benötigen diese Aushandlungsprozesse einen sozialpolitischen Rahmen, der durch Politik und Staat gesetzt und begleitet werden muss. Forschung und Entwicklung können dazu beitragen, diese Bedarfe aufzuzeigen. Gehandelt werden muss auf der politischen Ebene!

Literatur

- Benedix, U., Kathmann, T. (2019). Neue Wege der Pflegeausbildung. Anspruch und Leistungen der Pflegeberufereform für die Attraktivität der Pflegearbeit. Arbeit und Wirtschaft in Bremen Nr. 29. Bremen: Arbeitnehmerkammer Bremen, Institut Arbeit und Wirtschaft.
- Benedix, U., Medjedovic, I. (2014). Gute Arbeit und Strukturwandel in der Pflege. Gestaltungsoptionen aus Sicht der Beschäftigten. Schriftenreihe Institut Arbeit und Wirtschaft in Bremen, Nr. 6. Bremen: Arbeitnehmerkammer Bremen, Institut Arbeit und Wirtschaft. https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/IAW_Reihe/IAW_6_Gute_Arbeit_Strukturwandel_Pflege.pdf (Zugriff am 25.03.2020).
- Bleses, P., Busse, B., Friemer, A., Behling, U., Kludig, R., Breuer, J., Philippi, L. (2019). Handlungsleitfäden für die Praxis. Digitalisierung personenbezogener sozialer Dienstleistungen. <https://kolegeprojekt.uni-bremen.de/handlungsleitfaden> (Zugriff am 20.03.2020).

- Bleses, P., Jahns, K. (2016). Soziale Innovationen in der ambulanten Pflege. In: Becke, G., Bleses, P., Frerichs, F., Goldmann, M., Hinding, B., Schweer, M. (Hrsg.), *Zusammen – Arbeit – Gestalten. Soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen* (S. 127-144). Wiesbaden: Springer VS.
- Breuer, J., Bleses, P., Philippi, L. (2020). Praxisorientierung und Partizipation. Schlüssel für Technikgestaltung in Veränderungsprojekten, Kap. 7 in diesem Band.
- Bundesministerium für Gesundheit (2019). *Konzertierte Aktion Pflege. Abschlussbericht. Vereinbarungen der Arbeitsgruppen 1-5*. Bundesregierung. Berlin. https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/0619_KAP_Vereinbarungstexte_AG_1-5.pdf (Zugriff am 19.03.2020).
- Friemer, A. (2020). Digitale Technik droht? Bedroht? Wirklich nur? Kompetenzentwicklung in Veränderungsprojekten. Kap. 9 in diesem Band.
- Gesellschaft für Informatik e.V. (2017). *Leitlinien Pflege 4.0. Handlungsempfehlungen für die Entwicklung und den Erwerb digitaler Kompetenzen in der Pflege*, Berlin. https://gi.de/fileadmin/GI/Hauptseite/Aktuelles/Aktionen/Pflege_4.0/GI_Leitlinien_Digitale_Kompetenzen_in_der_Pflege_2017-06-09_web.pdf (Zugriff am 11.03.2020).
- Heinrichs, K. (2019). Die digitale Transformation der beruflichen Pflegeausbildung – ist das Kollegium „fit for future“? Masterarbeit am Fachbereich 3 der Technischen Universität Kaiserslautern. <https://kluedo.ub.uni-kl.de/frontdoor/index/index/docId/5543> (Zugriff am 11.03.2020).
- Jäschke, T., Kleineberg, J., Richard, N. (2019). Bedeutung von Datenschutz in der Pflege. In: Elmer, A., Matusiewicz, D. (Hrsg.), *Die Digitale Transformation der Pflege. Wandel. Innovation. Smart Services* (S. 105-111). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Kubek, V., Velten, S., Uhde, A., Schlicker, N., Blaudszun-Lahm, A. (2020). Kollaborative Dienstplattform. Digitalisierung als Mittel teamorientierter Selbstorganisation. Kap. 5 in diesem Band.
- Maier, N. (2019). *Erweiterte berufsbezogene Erreichbarkeit – Lösungsvorschläge zum Gesundheits- und Persönlichkeitsschutz*. Wiesbaden: Springer Vieweg.
- Neumaier, D. (2018). Datenschutz im ambulanten Pflegedienst. *Pflegekammer interaktiv*, 2. Jg. Heft 10, 96 – 101.
- Neumann, F. (2019). Digitalisierung braucht Datenschutz und Informationssicherheit. In: Elmer, A., Matusiewicz, D. (Hrsg.), *Die Digitale Transformation der Pflege. Wandel. Innovation. Smart Services* (S. 93-100). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Pauls, N., Schlett C., Pangert B., Menz W. (2019). Den Umgang mit arbeitsbezogener erweiterter Erreichbarkeit gesund gestalten. In: Rump J., Eilers S. (Hrsg.), *Arbeitszeitpolitik* (S. 197-211). IBE-Reihe. Berlin/Heidelberg: Springer Gabler.
- Peters, M., Hülsken-Giesler, M. (2018). Bedingungen und Herausforderungen digitaler Bildung an Gesundheits- und Pflegeschulen. Beitrag auf der Konferenz Zukunft der Pflege – Innovative Technologien für die Pflege. Oldenburg, Juni 2018. <https://www.pflegeinnovationszentrum.de/wp-content/uploads/2018/12/28.-Bedingungen-und-Herausforderungen-digitaler-Bildung-an-Gesundheits-und-Pflegeschulen.pdf> (Zugriff am 25.03.2020).

- Pöser, S., Bleses, P. (2018). Digitalisierung der Arbeit in der ambulanten Pflege im Land Bremen: Praxis und Gestaltungsbedarfe digitaler Tourenbegleiter. Reihe Arbeit und Wirtschaft in Bremen Nr. 25 Bremen: Arbeitnehmerkammer Bremen, Institut Arbeit und Wirtschaft.
- Reichel, K., Reichel, R. (2019). Digitale Kompetenzen für die Pflege 4.0. Warum IT-Schulungen zu kurz greifen. EthikJournal 2019, Ausg. 1, Nr. 5.
- Sichting-Busch, B. (2019). Nicht immer auf Standby. Deutsche Hebammen Zeitschrift 71 (1), 14-16.
- Schröder, W. (2017). Kollektives Beschäftigtenhandeln in der Altenpflege. Hans-Böckler-Studie Nr. 373, Düsseldorf. https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_373.pdf (Zugriff am 25.03.2010).