

Peter Bleses, Britta Busse,
Andreas Friemer, Rebecca Kludig,
Jens Breuer, Luka Philippi,
Julia Bidmon-Berezinski,
Matthias Schnäpp

**- Verbundprojekt KoLEGE -
Interagieren, koordinieren
und lernen.
Chancen und Herausforderungen der Digitalisierung in
der ambulanten Pflege**

Zwischenbericht -
Ergebnisse der
Analysephase

Schriftenreihe Institut Arbeit und Wirtschaft
24 | Juni 2018



GEFÖRDERT VOM



Herausgeber: Institut Arbeit und Wirtschaft (iaw)
Universität / Arbeitnehmerkammer Bremen
Postfach 33 04 40
28334 Bremen

Bestellung: Institut Arbeit und Wirtschaft (iaw)
- Geschäftsstelle -
Tel.: +49 421 218-61704
iaw-info@uni-bremen.de
Schutzgebühr: 5 €

2., überarbeitete Fassung 2018
ISSN: 2191-7264

Institut Arbeit und Wirtschaft

Peter Bleses, Britta Busse,
Andreas Friemer, Rebecca Kludig (iaw)

Jens Breuer, Luka Philippi (Qualitus GmbH)

Julia Bidmon-Berezinski, Matthias Schnäpp
(wisoak gGmbH)

Interagieren, koordinieren und lernen.

**Chancen und Herausforderungen der Digitalisierung
in der ambulanten Pflege**

**Ergebnisse der Analysephase des Verbundprojekts
KOLEGE**

Dieses Forschungs- und Entwicklungsprojekt wird/ wurde im Rahmen des Programms „Zukunft der Arbeit“ (FKZ: 02L15 A010 – A014) vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und dem Europäischen Sozialfonds (ESF) gefördert und vom Projektträger Karlsruhe (PTKA) betreut. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt beim Autor.

Kurzfassung

Unternehmen der ambulanten Pflege setzen zunehmend sog. digitale Tourenbegleiter (Smartphones oder Tablets) ein, die mit einer speziellen Branchensoftware ausgestattet sind und im mobilen Einsatz mit der Pflegezentrale in Verbindung stehen. Die Software ist vorwiegend auf die Unternehmensbedarfe (insbesondere effiziente Arbeits- und Tourenorganisation) ausgerichtet und berücksichtigt die Bedarfe der vorwiegend allein arbeitenden Pflegekräfte hinsichtlich einer Verbesserung ihrer Arbeitsqualität noch zu wenig. Das führt unter Umständen zu Technikablehnung auf Seiten der Pflegekräfte, die sich durch die neue Technik kontrolliert und unter Zeitdruck gesetzt fühlen können. Hinzu kommen Fragen der technischen Kompetenzen und der Technikakzeptanz in der Pflege als Arbeit am und mit Menschen. Solche Probleme können die großen Chancen überlagern, die in den digitalen Tourenbegleitern auch für eine verbesserte Arbeitsqualität der Pflegekräfte liegen.

Das Verbundprojekt KOLEGE strebt an, gemeinsam mit der Praxis die Chancen und Potenziale der Digitalisierung der Arbeit in der ambulanten Pflege und die hierzu notwendigen organisatorischen, technischen und konzeptionellen Voraussetzungen zu entwickeln.

Im ersten Schritt des Projekts wurde eine eingehende Analyse in den am Projekt beteiligten ambulanten Pflegeunternehmen vorgenommen, deren Hintergründe, Methodik und Ergebnisse mit diesem Bericht dokumentiert werden. Der Bericht zeigt, dass digitale Technik in der ambulanten Pflege bereits an vielen Stellen genutzt wird, selbst wenn sie noch gar nicht ‚formell‘ eingeführt wurde (z.B. durch E-Mails von privaten Smartphones, Kurzmitteilungen unter Kolleg_innen). Überall dort, wo digitale Technik offiziell und systematisch eingeführt wurde, lassen sich die Pflegekräfte schnell von ihrem Nutzen überzeugen, wenn die Einsatzbedingungen klar und zufriedenstellend geregelt sowie die gute Bedienbarkeit gewährleistet sind. Pflegekräfte, die in ihrem Arbeitsumfeld bislang weniger mit digitaler Technik konfrontiert waren, reagieren zunächst skeptischer und zum Teil auch ablehnender. Hier ist Überzeugung (Förderung der Technikakzeptanz) notwendig, die vor allem durch eine klare Orientierung der Technik auf den Praxisnutzen und die Ausbildung technischer Kompetenzen unterstützt werden kann. Es stellen sich zudem zahlreiche organisatorische und auch arbeits(zeit)rechtliche Anforderungen der Digitalisierung. Dies betrifft beispielsweise die Erfassung von Arbeitszeit außerhalb der eigentlichen Dienstzeit, die Einhaltung von Ruhezeiten, die Anerkennung von Zeiten digital gestützten Lernens, die praxismgerechte Einführung der Geräte und Software sowie die Vermeidung von Doppelstrukturen etwa im Nebeneinander oder Zusammenspiel analoger und digitaler Kommunikationsinstrumente. Als großer Hemmschuh einer guten, praxismgerechten Digitalisierung der Arbeit in der ambulanten Pflege erweist sich zudem die anhaltend hohe Arbeitsbelastung, die Organisation und Beschäftigte unter Dauerdruck setzt und kaum Ressourcen lässt, technische Innovationen praxismgerecht anzugehen. Leider auch dann, wenn ihr Nutzen erkannt wird, was insbesondere im Bereich des digital gestützten Informierens und Lernens der Fall ist

Abstract

More and more home care services make use of mobile digital assistants ("MDA"; smartphones or tablets). These are equipped with specific branch software and connect care service offices with the mobile care takers. In general, branch software supports the efficiency of organisation processes in the care service offices (e.g. organising a duty roster or the tours for the care takers). However, so far care takers' needs for an improved labour quality have not been taken regard of adequately by software developers. In consequence, care takers might not realise how they could benefit from MDA, but feel increasingly controlled and put under time pressure. Additionally, job requirements change since technical competencies and the acceptance of technology in a field that focusses on interaction with patients are needed. These obstacles conceal the great potential MDA have for the improvement of care takers' labour quality.

The collaborative project KOLEGE aims at enhancing the chances and potentials digitalisation has for employees in home care services. Therefore, the necessary organisational, technical and conceptual requirements are developed in close collaboration with practice partners.

The first project phase focussed on a detailed analysis of existing organisational and technological structures in two involved home care services. This report covers the analyses' backgrounds and methodology as well as their results. It demonstrates that in home care services digital technology is already in use, even if it has not officially been introduced (e.g. by sending emails or short messages to colleagues via private smartphones). Once digital technology is officially and systematically introduced in home care services, care takers are quickly convinced of its benefits. Important premisses for this process are a clear and satisfactory set of utilisation regulations and good feasibility. The less care takers are confronted with digital technology within the working context, the more likely is a sceptical or even rejecting attitude towards it. In this case, the management needs to convince the employees by enhancing their level of acceptance. This can be done by stressing the benefits of technology for the enterprise and the care takers and by supporting the development of competencies needed for easily handling MDA. Moreover, there are several organisational as well as legal requirements that have to be met in the context of digitalisation. This concerns labour time regulations, such as documenting labour time outside the working hours, guaranteeing adherence to rest periods or approving time usage for e-learning. Another crucial aspect is the introduction of MDA and software in a practice oriented way as well as avoiding an implementation of parallel communication structures. Thereby, the constantly high level of burden in home care services is an obstacle for introducing digitalisation thoroughly into practice. The enterprises as well as the employees are under extremely high pressure and thus, lack the necessary resources for fitting technical innovation into their labour organisation. Unfortunately, this is even the case when potential benefits are realised, such as in case of digital support for information and e-learning.

Inhaltsverzeichnis

1	Hintergründe des Verbundprojekts KOLEGE	5
1.1	Einleitung	5
1.2	Entwicklungen und Herausforderungen der ambulanten Pflege: Digitalisierung der Arbeit als Antwort?	7
1.3	Stand der Forschung	9
1.4	Ziele des Verbundprojekts KOLEGE	10
1.5	Methodisches Vorgehen	13
1.6	Aufbau des Zwischenberichts	16
2	Konzeptionelle Grundlagen	17
2.1	Besonderheiten der Arbeit und ihrer Organisation in der ambulanten Pflege	17
2.1.1	Die heutige ambulante Pflege: Entstehung und Entwicklung	17
2.1.2	Grundlagen, Besonderheiten und Herausforderungen der Arbeit in der ambulanten Pflege	19
2.1.3	Besonderheiten der Arbeitsorganisation in der ambulanten Pflege	21
2.2	Lernen, Kompetenz- und Qualifikationsentwicklung	24
2.2.1	Zielsetzung des Lernkonzepts	24
2.2.2	Begriffsklärung: Kompetenzen und Qualifikationen	24
2.2.3	Entwicklung von Selbstlernkompetenz – Förderung durch E-Learning	27
2.2.4	Zielgruppenorientierung als Erfolgsfaktor	29
2.2.5	Regionale Rahmenbedingungen für Fortbildung in der ambulanten Pflege	29
2.2.6	Konzeptansatz im Projekt: Praxisintegriert lernen	31
2.2.7	Entwicklung des didaktischen und technischen Konzepts im Projekt KOLEGE	31
3	Analyseergebnisse	33
3.1	Arbeit und Arbeitsorganisation	33
3.1.1	Strukturelles	34
3.1.1.1	Strukturelle Rahmenumgebung	34
3.1.1.2	Unternehmensführung	35
3.1.2	Zusammenarbeit	35

3.1.3	Kommunikation und Information.....	37
3.1.3.1	Übergaben.....	37
3.1.3.2	Dokumentation	40
3.1.3.3	Organisierte Versammlungen und Besprechungen.....	41
3.1.4	Qualitätsmanagement	42
3.1.5	Zeitliche Regelungen.....	42
3.1.5.1	Tourenplanung	42
3.1.5.2	Arbeitszeiten.....	45
3.1.6	Verfügbarkeiten	46
3.1.6.1	Informationen.....	46
3.1.6.2	Materialien und Technik.....	47
3.1.6.3	Räumlichkeiten.....	48
3.1.7	Technikeinsatz.....	48
3.1.7.1	Einstellungen zur Techniknutzung.....	48
3.1.7.2	Einstellungen zu den Geräten.....	50
3.1.8	Arbeitsqualität.....	51
3.1.9	Resümee	52
3.2	Lernen, Fort- und Weiterbildung, Kompetenzentwicklung	53
3.2.1	Fortbildungsplanung und Themenfindung.....	53
3.2.2	Fortbildungsformate.....	54
3.2.3	Kosten und Anerkennung von Fortbildungen.....	55
3.2.4	Fortbildungsinhalte	55
3.2.5	Akzeptanz und Nachhaltigkeit der Fortbildungen	56
3.2.6	Einstellungen zu Technik und gute Einführung in Technik.....	57
3.2.7	E-Learning	58
3.3	Technikentwicklung.....	60
3.3.1	Techniknutzung und Erfahrungen	60
3.3.1.1	Private Computernutzung und Kompetenzen.....	60
3.3.1.2	Techniknutzung in den Pflegediensten.....	60

3.3.2	Einführung neuer Technik	64
3.3.3	Zusammenfassung der Entwicklungsideen.....	65
3.3.4	Offene Fragen für die Entwicklungsphase	66
4	Digitalisierung der ambulanten Pflege: Übergreifende Schlussfolgerungen aus der ersten Analysephase	68
5	Literatur	72

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Methodischer Kreislauf im Projekt KOLeGE	14
Abbildung 2:	Kompetenzen für berufliche Handlungsfähigkeit (BMBF 2007)	26
Abbildung 3:	Kompetenzen als Nährboden für Qualifikationsentwicklung (projekteigene Darstellung)	27

1 Hintergründe des Verbundprojekts KoLEGE

(Peter Bleses/Britta Busse)

1.1 Einleitung

In dem vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) sowie Europäischen Sozialfonds (ESF) geförderten Verbundprojekt KoLEGE werden die in den vergangenen Jahren zunehmend eingesetzten ‚digitalen Tourenbegleiter‘ (Smartphones und Tablets mit spezieller Pflegesoftware) in den Fokus des Forschungs- und Entwicklungsvorhabens gerückt. Die Geräte – im Folgenden kurz MDA (Mobile Digital Assistant) genannt – und Software sind unter anderem eine Antwort auf die zunehmenden (Arbeits-)Anforderungen, die sich der ambulanten Pflege im Zuge des sozio-strukturellen Wandels stellen. Die MDA stehen im mobilen Einsatz mit der Verwaltung in der Pflegezentrale in Verbindung. Sie sind eingebettet in die dort eingesetzte Pflegesoftware. Sie bieten verschiedene technische Möglichkeiten, die zuvor mit gedrucktem Papier (z.B. täglich oder wöchentlich ausgedruckte Tourenpläne) kaum möglich waren. Im Mittelpunkt steht bei den meisten Pflegediensten die dynamische Tourenplanung, mit der auch nach Start der Touren noch auf aktuelle Veränderungen besser reagiert werden kann. Hinzu kommen – je nach Software und Nutzung – ein Datenaustausch bezüglich (nicht) erbrachter Leistungen mit der Pflegezentrale, Informationen zu Patient_innen und Kontaktdaten zu Angehörigen, Ärzten usw. Zum Teil werden die Geräte auch bereits für die Pflegedokumentation genutzt.

Das Vordringen der MDA in die ambulante Pflege stellt sich auf den ersten Blick vielleicht als einfache Erweiterung des bisherigen Tätigkeitsspektrums auf den Touren in der ambulanten Pflege dar, vielleicht noch als Ersatz bislang papierbasierter Tätigkeiten durch mobile Bildschirmarbeit. Und was soll besonders daran sein, das private Smartphone, das viele Pflegekräfte bereits (auch für dienstliche Gespräche oder auch Fotos und E-Mails) nutzen, durch ein dienstliches Gerät zu ersetzen? Auf den zweiten Blick geht es jedoch um wesentlich mehr: Die MDA sind nicht weniger als der Startschuss zur ‚Arbeit 4.0‘, also zur tendenziell allzeitigen Vernetzung der Pflegekräfte auf ihren Touren und vielleicht sogar mit Auswirkungen bis ins Privatleben hinein (Stichworte: Erreichbarkeit, Vorbereitung auf die Arbeit außerhalb der Arbeitszeit). Zumindest während der Touren stehen die Pflegekräfte durch die Geräte mit der Pflegezentrale und den anderen Pflegekräften sowie ggf. darüber hinaus mit weiteren Dienstleistern innerhalb und außerhalb des eigenen Unternehmens (z.B. Hauswirtschaftskräften, Apotheken, Ärzten usw.) in Verbindung. Der Datenverkehr findet teilweise mit ihrem Zutun statt, teilweise ohne ihr Zutun bzw. ohne genaue Kenntnis, was eigentlich alles wohin übertragen wird.

Die ‚Arbeit 4.0‘ dringt dabei in der ambulanten Pflege in ein Tätigkeitsfeld vor, das sich als ‚interaktive Arbeit‘ (Dunkel/Wehrich 2012; Böhle et al. 2015; Böhle/Glaser 2006) am und mit dem Menschen versteht. Die relative Technikferne in der ambulanten Pflege war und ist kein Ausdruck von rückwärtsgewandter Technikablehnung, sie ist vielmehr Programm in einer Arbeit, die sich im Rahmen eines Ethos ‚fürsorglicher Praxis‘ (Kumbruck et al. 2010) in persönlicher Zugewandtheit auf den hilfebedürftigen Menschen in dessen Zuhause bezieht. In dieser Beziehung wird Technik schnell als Störfaktor sowohl berufskultureller Orientierungen wie auch ganz konkret der direkten Interaktion mit den Pflegebedürftigen im Alltag empfunden. Zudem arbeiten in der ambulanten Pflege in der Regel Pflegekräfte mit sehr unterschiedlichen Hintergründen, das betrifft auch Haltungen zu Technik und die Motivation, diese zu nutzen. Teilweise muss hier mit deutlicher Ablehnung gerechnet werden.

Damit geht ein hohes Risiko der Digitalisierung der Pflegearbeit bis hin zum Scheitern solcher Innovationsvorhaben einher. Besonders groß dürfte das Risiko dann werden, wenn die Digitalisierung nicht als Hilfe und Unterstützung, sondern als Fremdkörper mit Zusatzbelastung wahrgenommen wird. Damit ist die Frage sowohl nach der Integrationsfähigkeit der Geräte in die praktische Pflege als auch nach dem unmittelbaren Nutzen der digitalen Geräte und Software für die Pflegekräfte aufgeworfen. Zwar bieten die Geräte

und ihre Software gegenwärtig bereits Nutzen für die Pflegekräfte (insbesondere eine bessere Informationslage auf der Tour z.B. zu neuen oder ihnen unbekanntem Patient_innen). Dennoch sind sie vorwiegend auf die Unternehmensbedarfe (Wirtschaftlichkeit) ausgerichtet.

Nicht nur diese Nutzenverteilung kann zu Akzeptanzproblemen auf Seiten der Pflegekräfte führen. Hinzu kommen weitere Aspekte, die sich auf den Erfolg dieser Digitalisierung der Arbeit in der ambulanten Pflege auswirken können. So können sich Pflegekräfte beispielsweise durch die Geräte und die Software kontrolliert und unter Zeitdruck gesetzt fühlen. Zudem bringen Pflegekräfte nicht immer die Bereitschaft oder die Fähigkeiten mit, die Geräte und die Software gut bedienen zu können. In vielen Fällen waren sie zuvor noch nicht mit diesen Aufgaben konfrontiert. Und schließlich können auch Patient_innen skeptisch gegenüber einem stärkeren Technikeinsatz sein, weil sie etwa befürchten, die persönliche Zuwendung zu verlieren oder hinter der Technik als Person nicht mehr sichtbar zu sein.

Im Verbundprojekt KOLEGE wird davon ausgegangen, dass Technikeinführung und Techniknutzung immer sozial eingebunden und von Akteuren gesteuert sind. Einsatz, Gestaltung, Akzeptanz, Chancen, Entwicklungsmöglichkeiten, Nutzenverteilung der Technik sind Teil eines sozialen Prozesses, in dem in Abhängigkeit von sozialen Positionen, Organisations- und Führungskulturen, berufskulturellen Orientierungen usw. Entscheidungen über Technik getroffen und Entscheidungen akzeptiert (bzw. ganz oder teilweise abgelehnt) werden. Wie jeder soziale Prozess in Organisationen sind Technikeinsatz und Technikumgang von den handelnden Akteuren gestaltbar – und das beiderseitig: von denjenigen, die über ihre Einführung und Nutzung entscheiden (meist die leitenden Führungskräfte), und jenen, die die Geräte im Arbeitsalltag nutzen (müssen).

Das Verbundprojekt geht daher die Digitalisierung der ambulanten Pflege als sozialen Innovationsprozess¹ (Becke et al. 2016) an, in den alle Beteiligten einbezogen werden. Dieser ist darauf ausgerichtet, das Nutzenpotenzial der Innovation für die verschiedenen Gruppen in der ambulanten Pflege herauszufinden, um es möglichst gut ausschöpfen zu können. Im Mittelpunkt steht deshalb die Frage, was in den Augen aller Beteiligten die Bedingungen und konkreten Eigenschaften sind, die eine erfolgreiche Einführung und Nutzung der MDA ermöglichen – und was umgekehrt die zu beachtenden Hemmschuhe sind.

Das Verbundprojekt KOLEGE verfolgt dabei drei übergreifende Forschungs- und Entwicklungsziele: Gemeinsame Ausarbeitung, Erprobung und Evaluation...

- ...eines Umsetzungskonzepts zur Einführung und Praxis digitaler Tourenbegleiter in der ambulanten Pflege für eine nachhaltig gute Arbeitsqualität und Arbeitsorganisation,
- ...einer barrierearmen, mobil und stationär nutzbaren Kommunikations-, Informations- und Lernsoftware²,
- ...eines mehrteiligen Handlungsleitfadens „Digitalisierung“.

Im Verbundprojekt KOLEGE arbeiten fünf Forschungs- und Entwicklungspartner eng miteinander zusammen (das gemeinsame methodische Zusammenwirken der Partner sowie die Zielstellungen werden weiter unten eingehender erläutert, siehe 1.4/1.5). Partner sind:

- das Institut Arbeit und Wirtschaft (iaw) der Universität und Arbeitnehmerkammer Bremen, welches das Projekt koordiniert und die arbeitswissenschaftliche Expertise einbringt,
- die Qualitus GmbH aus Köln, die mit der Praxis gemeinsam die Software entwickelt,
- die Wirtschafts- und Sozialakademie der Arbeitnehmerkammer Bremen (wisoak) gGmbH, welche die Lehr- und Lernkonzepte erstellt, sowie

¹ Soziale Innovationen sind zu verstehen als „intentionale, zielgerichtete Neukombination [...] sozialer Praktiken [...] mit dem Ziel, Probleme oder Bedürfnisse besser zu lösen bzw. zu befriedigen, als dies auf Grundlage etablierter Praktiken möglich ist“ (Howaldt/Schwarz 2011: 224).

² Wir verwenden für die in KOLEGE zu entwickelnde App synonym den Begriff Software.

- die Praxispartner Bremer Pflegedienst GmbH und die Johanniter-Unfall-Hilfe e.V., Regionalverband Bremen-Verden, ambulanter Pflegedienst Bremen.

Das Verbundprojekt KOLEGE legt mit diesem Beitrag nach ca. einem Jahr der Förderung einen Zwischenbericht über die Ergebnisse der Analysen vor. Der Zwischenbericht dient zugleich zur Vorbereitung auf den ersten Expert_innenworkshop des Verbundprojekts, auf dem die Analyseergebnisse und die sich daraus ergebenden Implikationen für das weitere Vorgehen des Projekts in der Entwicklungsphase mit einem Fachpublikum diskutiert werden.

Im weiteren Verlauf dieser Einführung wird das Thema der Digitalisierung der ambulanten Pflege zunächst in die Entwicklungen bzw. die Herausforderungen der ambulanten Pflege (1.2) sowie in den Stand der Forschung zur Technik in der Altenpflege (1.3) eingebettet. Anschließend werden die Ziele des Verbundprojekts und der Partner (1.4) und das methodische Vorgehen (1.5) geschildert. Zum Ende der Einführung werden der Aufbau des Zwischenberichts mit den nachfolgenden Kapiteln beschrieben (1.6).

1.2 Entwicklungen und Herausforderungen der ambulanten Pflege: Digitalisierung der Arbeit als Antwort?

Die Pflegebranche ist mit großen Herausforderungen konfrontiert. Besonders wichtig sind dabei die Auswirkungen des sozio-strukturellen Wandels. Die demografischen Veränderungen sind in diesem Zusammenhang die offensichtlichsten und öffentlich breit diskutierten Merkmale des Wandels. Sie zeigen sich in einer veränderten Relation von älteren Menschen zu jungen Menschen, bedingt durch die steigende Lebenserwartung einerseits und die über Jahrzehnte gesunkene Geburtenrate andererseits. Der jüngste leichte Anstieg der Geburtenrate wird diese Entwicklung nicht mehr beeinflussen können. Die Folge ist nicht einfach nur ein höheres Durchschnittsalter in der Gesellschaft und ein wachsender Anteil alter und hochbetagter Menschen, sondern mutmaßlich auch ein höherer Pflegebedarf, der von zahlenmäßig kleiner werdenden jüngeren Generationen aufgefangen werden muss. Dass es sich hierbei nicht mehr um Zukunftsmusik handelt, zeigen bereits die seit einiger Zeit offenkundigen Probleme, den wachsenden Bedarf der Pflegeanbieter an Pflege(fach)kräften zu decken. Davon sind die stationäre wie die ambulante Pflege gleichermaßen betroffen (Rothgang et al. 2016).

Allerdings sind es nicht die demografischen Veränderungen allein, die das Pflegesystem herausfordern. Eine wichtige Rolle spielen auch veränderte kulturelle Vorstellungen vom Leben, Zusammenleben und Arbeiten. Ein Beispiel, das sich besonders auf die Nachfrage nach ambulant erbrachter Pflege auswirkt: Einerseits wollen heute viele Ältere auch bei wachsender Pflegebedürftigkeit in ihrem eigenen Zuhause verbleiben, so lange dies möglich ist (Betz et al. 2010; Bleses/Jahns 2016), andererseits hat sich die Zahl der Alleinlebenden und der Kinderlosen erhöht. Auch wenn traditionell (und auch heute noch) ein überwiegender Anteil der Pflegebedürftigen daheim allein durch Angehörige oder nur mit partieller Unterstützung durch die ambulante Pflege versorgt wird, nimmt dieses private Pflegepotenzial jedoch (weiter) ab. Das ist u.a. durch die wachsende Erwerbsbeteiligung von Frauen verursacht, die bislang als Töchter/Schwiegertöchter oder Ehefrauen den Löwenanteil der Pflege durch Angehörige tragen; ihre zunehmend begrenzten Möglichkeiten zu einer dauerhaften Rundum-Versorgung pflegebedürftiger Angehöriger lässt die Nachfrage nach professioneller ambulanter Pflege weiter ansteigen (Rothgang et al. 2016). Von 2013 bis Ende 2015 stieg der Anteil der Pflegebedürftigen, die allein durch oder zusammen mit ambulanten Pflegediensten versorgt wurden, um 12,4 % (Statistisches Bundesamt 2017). Daher ist auch das starke Wachstum der in der ambulanten Pflege erwerbstätigen Personen im selben Zeitraum kaum verwunderlich: Es stieg unter den Pflegedienstleitungen um 7,4 %, unter dem Personal in der Grundpflege um 8,9% sowie in der häuslichen Betreuung (ohne hauswirtschaftliche Versorgung) um 42,8 % (Statistisches Bundesamt 2017; vgl. zur Personalentwicklung in der ambulanten Pflege auch Isfort et al. 2016: 31ff.).

Wenngleich noch niemals so viele Menschen in der ambulanten Pflege gearbeitet haben wie derzeit, ist es zweifelhaft, ob zukünftig genügend Pflegekräfte den wachsenden Bedarf der ambulanten Dienste werden

abdecken können. Der zunehmende Fachkräftemangel in der Pflege im Allgemeinen und in der ambulanten Pflege im Besonderen hat indes nicht nur demografische Ursachen, wenngleich diese von großer Bedeutung sind – so sind in der ambulanten Pflege 38 % der Beschäftigten bereits 50 Jahre oder älter (Ende 2015; Statistisches Bundesamt 2017). Hinzu kommt insbesondere in der Altenpflege ein im Vergleich zu anderen Branchen und auch zur stationären Krankenpflege geringes Entlohnungsniveau; so verdienen die Kranken- und Altenpflegekräfte in der ambulanten Altenpflege bis zu einem Drittel weniger als in den Krankenhäusern (Bogaj et al. 2015). Zudem besteht in der ambulanten Pflege ein sehr hohes Belastungs- wie Verantwortungsniveau der Arbeit (Alleinarbeit auf den Touren, enger Zeittakt, Schicht-, Wochenend- und oft auch geteilte Dienste, beständige Konfrontation mit Krankheit und Sterben). Diese Bedingungen stellen nur wenig Anreize bereit, eine Ausbildung in der Altenpflege zu absolvieren. Zudem verzeichnet die Branche einen überdurchschnittlich hohen Anteil an Teilzeitkräften. Insbesondere arbeiten die Helfer_innen in Teilzeit (Ende 2013: 70,7%), während die Fachkräfte deutlich mehr in Vollzeit tätig sind (Ende 2013: 53%) (Bogaj et al. 2015: 8; vgl. mit etwas anderen Zahlen, aber ähnlichen Verhältnissen auch Becka et al. 2016). Eine hohe Quote unfreiwilliger Teilzeit kann sich gerade in einer Branche mit geringen Entlohnungsniveaus als zusätzliches Hemmnis für die langfristige Fachkräftesicherung erweisen. So wundert es kaum, dass neben der stationären auch die ambulante Pflege eine hohe Fluktuation aufweist.³ Dies wird meist auf die ungünstigen Arbeitsbedingungen und die – gerade durch den wachsenden Personalmangel weiter ansteigende – Arbeitsverdichtung zurückgeführt (Theobald et al. 2013; Hien 2009). Einerseits ist ein Rückzug vieler Pflegekräfte in Teilzeit zu beobachten, um den Belastungen Stand halten zu können, andererseits verlassen Pflegekräfte zum Teil den Pflegeberuf oder versuchen durch Weiterqualifizierung aus den pflegenahen Tätigkeiten in Leitungsstellen zu gelangen.

Es besteht daher Handlungsbedarf, um die Personalsituation und die Arbeitsbedingungen in der ambulanten Pflege nicht weiter zu verschlechtern. Der Einsatz von Technik kann hierbei helfen, z.B. wenn es darum geht, Kosten zu senken oder Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte zu verbessern, um deren Beschäftigungsfähigkeit langfristig zu erhalten (INQA 2015). Tatsächlich reagieren die Unternehmen der ambulanten Pflege auf die bestehenden Herausforderungen mit Strategien der Effizienzsteigerung, die durch eine Professionalisierung der Organisationsstrukturen und -prozesse und einen verstärkten Technikeinsatz erreicht werden sollen. Das betrifft in einem ersten Schritt die Pflegezentralen, in denen mittels Digitalisierung aller Geschäftsprozesse (Leistungsabrechnung, Tourenplanung, Pflegedokumentation usw.) insbesondere durch den Einsatz einer Branchensoftware deutliche Rationalisierungsgewinne erzielt werden können. Bei den mittleren und größeren Pflegediensten arbeiten mittlerweile professionelle Leitungsteams in funktionaler Differenzierung digital gestützt an (meist) stationären PC zusammen.

Den zweiten Schritt der digitalen ‚Aufrüstung‘ der ambulanten Pflege bildet der Einsatz der MDA. Diese stehen im mobilen Einsatz mit der Pflegezentrale in Verbindung und bieten u.a. Möglichkeiten, den Tourenverlauf zu kontrollieren und laufend zu verändern sowie eingehende Daten sofort in die Leistungsabrechnung zu übernehmen. Die Geräte und ihre Software sind damit vorwiegend auf die Unternehmensbedarfe (Wirtschaftlichkeit und verbesserte Organisierbarkeit) ausgerichtet. Die möglichen Bedarfe der auf den Touren allein arbeitenden Pflegekräfte, die sich vor allem auf laufende Informationen zu Patient_innen, Pflegeleistungen und -handlungen, mögliche Widrigkeiten auf den Touren (z.B. Staus, Baustellen, Umleitungen) sowie Hilfestellungen für ihre Pflegearbeit beziehen, werden hierbei bislang nur ansatzweise berücksichtigt.

Damit werden die Potenziale der digitalen Technik für eine Verbesserung der Arbeitsqualität der Pflegekräfte zumindest nicht ausgeschöpft. Im Gegenteil droht das Risiko, dass die Digitalisierung für die Pflegekräfte, die ihr ablehnend gegenüberstehen, sogar zu einer Verringerung der wahrgenommenen Arbeitsqualität führt. Damit wäre mittel- bis langfristig auch den Pflegediensten wenig geholfen, weil sie schon aus

³ Noch immer scheinen die etwas veralteten Zahlen der sog. „Next-Studie“ (Hasselhorn et al. 2005) aussagekräftig zu sein. Neuere umfassende Studien zur Fluktuation in der Pflege sind kaum zu finden (Isfort et al. 2016: 82ff.; für Sachsen z.B. Neumann/Klewer 2008).

Gründen des Personalmangels auf die Förderung einer „nachhaltigen Beschäftigungsfähigkeit“ (Bleses/Ritter 2013) der Pflegekräfte setzen müssen.

1.3 Stand der Forschung

Die sozialen Dienstleistungen wurden in der Forschung und Entwicklung zur Digitalisierung der Arbeit lange Zeit vergleichsweise wenig berücksichtigt. Auch Konzepte der Gestaltung guter sozialer Dienstleistungsarbeit in Zeiten der Digitalisierung fehlen weitgehend bzw. rücken erst langsam in den Fokus, worauf insbesondere auch die Gewerkschaft ver.di frühzeitig hinwies (Bsirske 2014: 13f.). Das gilt auch für die ambulante Pflege, die – insbesondere im Vergleich zur stationären Krankenpflege – als ein „Nachzügler“ in der Digitalisierung der Arbeit galt.⁴ Bei genauerem Hinsehen zeigt sich allerdings, dass der Digitalisierungsschub auch hier bereits seit einiger Zeit begonnen hat und sich weiter fortsetzen wird. Daher sind Ergebnisse zu den Anforderungen und zur Gestaltung der digitalisierten Arbeit und Zusammenarbeit sowie eine explizit an den Praxisbedarfen anknüpfende, ressourcenschonende und intuitiv zu bedienende Kommunikations- und Wissenssoftware von großem Interesse, damit die Unternehmen und Beschäftigten gleichermaßen von der Digitalisierung profitieren können.

Bislang haben sich nur einige Studien (z.B. Hielscher et al. 2015a, 2015b; Hielscher 2014; Sowinski et al. 2013) speziell dem Thema ‚Technikeinsatz‘ in der Altenpflegearbeit gewidmet. Analysen zur Digitalisierung der Arbeit in der ambulanten Pflege, zu den möglichen Folgen (Überforderung, psychischer Druck) und zu ihrer Ausgestaltung sind noch Mangelware (für die USA: Alexander/Wakefield 2009). Viele Studien konzentrieren sich auf den Technikeinsatz bei bzw. für Leistungsempfänger_innen (z.B. im Rahmen des technikunterstützten Alltagslebens daheim), aber nicht auf die Informations- und Kommunikationstechnologien, welche die Organisations- und Abstimmungsarbeit der Pflegekräfte und Pflegedienstleitungen unterstützen können (ePflege 2017: 18ff.). Allerdings sind bei den wenigen Projekten aus diesem Bereich die meisten in der ambulanten Pflege verortet und widmen sich z.B. der digitalen Dokumentation bzw. der elektronischen Patient_innenakte oder der automatisierten Tourenplanung (ePflege 2017: 21f.). Die meisten Projekte werden hier jedoch aus einer technischen Entwicklungsperspektive betrieben, die etwa die Perspektiven der professionell Pflegenden nicht ausreichend berücksichtigen (ePflege 2017: 23).

Auf Basis der vorliegenden Studien und Erfahrungen zum Technikumgang, zur Informatisierung und Einführung digitaler Medien in der Pflege (Bleses et al. 2013; Claßen et al. 2010; Hülsken-Giesler 2010; INQA 2015; Kamin 2013; Kannenberg-Otremba 2005; ePflege 2017; Hielscher 2015a, 2015b; DAA-Stiftung 2017) kann jedoch theseförmig gefolgert werden, welche Herausforderungen sich konkret stellen *können* (vgl. Sowinski et al. 2013):

- Da ambulante Pflegearbeit „Interaktionsarbeit“ (Böhle/Glaser 2006; Becke/Bleses 2013: 36ff.) ist, also subjektorientierte Arbeit am und mit dem Menschen, empfinden Pflegekräfte (digitale) Technik oft als Störung einer guten Interaktionsbeziehung zu den Patient_innen. Auch die Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA 2015) betont die Wichtigkeit des Einbringens der Technik als Arbeitsaspekt neben der Beziehungsarbeit, nicht als deren Ersatz.
- Viele Mitarbeitende in der ambulanten Pflege sind über 40 Jahre; sie zählen nicht zu den ‚digital Natives‘ mit bereits selbstverständlichem Umgang mit digitaler Technik.
- Die Pflegekräfte werden an der Entwicklung und Einführung digitaler Technik kaum beteiligt, was ihre Bereitschaft zur Technikannahme und Techniknutzung herabsetzt.

⁴ Die Gesundheitsbranche wird in manchen Analysen generell als „Nachzügler“ der Digitalisierung bezeichnet (z.B. Prognos AG 2015: 15). Allerdings zeigen andere Untersuchungen, dass auch hier bereits seit langem Technik und zunehmend auch digitale Technik im Einsatz ist (vgl. etwa Hielscher et al. 2015b), jedoch die Untersuchung ihrer Verbreitung und ihrer Auswirkungen auf Arbeit und Organisation noch deutlich weniger als im Produktionssektor fortgeschritten sind.

- Die digitale Technik wird als Kontrollinstrument empfunden (Zeit- und Ortserfassung) und damit skeptisch betrachtet.
- Die digitale Technik kann als Instrument der Arbeitsverdichtung, ggf. sogar der Personaleinsparung eingeschätzt werden (häufig sind die Effekte unklar, vgl. DAA-Stiftung 2017: 44f.). Sie wird damit nicht nur nicht als nützlich, sondern sogar als schädlich für die eigene Arbeitsqualität angesehen.
- Die Geräte bieten den Führungskräften in den Pflegezentralen Vorteile (z.B. in der Zeit- und Leistungserfassung), der Nutzen für die Pflegekräfte ist häufig nicht klar und umfänglich erkennbar.
- Die Einführung in die Technik sowie Praxisbetreuung sind oft unzureichend, die Software ist nicht intuitiv bedienbar und verursacht Unsicherheiten in der Bedienung.
- Die Kompetenzentwicklung der Pflege- und Führungskräfte ist für den erfolgreichen Einsatz der digitalen Technik vielfach noch unzureichend.

PC-Technik war in der ambulanten Pflege bis unlängst meist den Führungskräften in den Zentralen (für Dienstpläne, Tourenpläne, Leistungsabrechnungen usw.) vorbehalten. Im Bereich der Dokumentation müssen seit einiger Zeit aber zunehmend auch die Pflegekräfte mit dem stationären PC arbeiten. Diese digitale Arbeit ist bei Pflegekräften eher unbeliebt, weil sie als Doppelaufwand (erst handschriftlich beim Patienten, dann mit PC in der Zentrale) für die MDK-Prüfungen oder als Kontrollinstrument betrachtet wird (Hielscher 2014; Hielscher et al. 2015a, 2015b).

Zusammenfassend bedeutet das: Eine technische Ergänzung muss als sinnvolle Unterstützung empfunden werden, damit sie genutzt wird (ePflege 2017: 62f.). Sie darf insbesondere nicht den Interaktionsprozess stören oder als Instrument zur Reduktion der Personalstärke eingeschätzt werden (Claßen et al. 2010). Damit sie von allen Beteiligten getragen wird, ist es unumgänglich, alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihre Einführung einzubeziehen. Anderenfalls kann die Einführung aufgrund mangelnder Akzeptanz auf Seiten der Pflegekräfte scheitern, noch bevor die Technik ihren Nutzen beweisen kann (INQA 2015).

1.4 Ziele des Verbundprojekts KOLEGE

Die Innovationsanforderungen an die ambulante Pflege zeigen die Notwendigkeit eines erweiterten Technikeinsatzes sowie die Gestaltungsanforderungen an den Technikeinsatz in einer eher ‚technikfremden‘ Welt wie der ambulanten Pflege. Insbesondere gilt es, die Besonderheiten der ambulanten Pflegearbeit zu berücksichtigen: Es kann und sollte vielleicht nicht alles digitalisiert werden, was digitalisierbar ist – und es sollte nicht auf das technische Machbare geachtet werden, sondern auf den dienenden Charakter der Technik.

Infolgedessen stellt sich KOLEGE der Herausforderung der Einführung und Praxis digitaler Tourenbegleiter in zwei Pflegeunternehmen mit der zentralen Frage, was nötig ist, damit die Technikeinführung und -nutzung von allen Beteiligten akzeptiert wird und nachhaltig zu einer Verbesserung der Arbeitsqualität führt. Dafür zielt KOLEGE vor allem auf die Entwicklung:

1. eines Umsetzungskonzepts zur Einführung und Nutzung der digitalen Tourenbegleiter,
2. einer Software, die ergänzende Funktionen (Informationen, Kommunikation, Lerninhalte) bereitstellt, die in vorhandenen Softwarepaketen nicht enthalten sind, und
3. eines Handlungsleitfadens für die ambulante Pflege

Ad 1) Umsetzungskonzept zur guten Einführung und Praxis digitaler Tourenbegleiter in der ambulanten Pflege entwickeln, erproben und evaluieren

Das Umsetzungskonzept zielt auf eine gute Einführung und Praxis digitaler Tourenbegleiter. Hierzu gehören im Kern die Entwicklung einer technikfreundlichen Unternehmens- und Führungskultur sowie angepasster Organisations- und Kommunikationsstrukturen. Sie werden eine konstruktive Einstellung der Beschäftigten und Führungskräfte zu und den Umgang mit digitaler Technik nachhaltig unterstützen. Das kann nur erfolgreich sein, wenn Friktionen bei der Technikeinführung und späteren Praxis vermieden oder angemessene Verfahren zu ihrer Bearbeitung eingeführt und erprobt wurden. Der Blick auf die Folgewirkungen der Einführung digitaler Technik in die Pflege, der bislang noch nicht ausreichend im Fokus stand (DAA-Stiftung 2017: 3), soll daher explizit beachtet werden. Ein wichtiger Aspekt ist beispielsweise die Frage, inwieweit die digitale Technik tatsächlich zur Zeiteinsparung beiträgt – oder ob sie selbst sogar noch Zeit kostet (DAA-Stiftung 2017: 34ff.). Außerdem ist die Frage nach den Anforderungen von Handhabbarkeit und vorhandenen bzw. zu fördernden Kompetenzen zu stellen (DAA-Stiftung 2017: 39ff.)

Alle Beteiligten müssen den Nutzen der Technik für sich selbst erkennen, der sich vor allem aus einer vorteilhaften Kombination aus „guter Arbeit“ und „effizienter Arbeitsorganisation“ zusammensetzt. Daher werden der Einführungsprozess und die Nutzung digitaler Technik einerseits selbst als rückkoppelnde „soziale Innovationen“ (s.o. 1.1) bzw. als „sozio-technische“ Entwicklung (ePflege 2017: 62) gestaltet, indem sie beteiligungsorientiert und unter Beachtung der Bedarfe der Beteiligten im Unternehmen umgesetzt werden; andererseits gehen durch die damit veränderten Interaktions- und Koordinationsprozesse (Becke/Bleeses 2015) wiederum soziale Innovationen von der Digitalisierung aus. Diese richten sich vor allem auf eine „nachhaltige Arbeitsqualität“ (Becke et al. 2010) und eine verbesserte Arbeitsorganisation. Sie wirken darüber vermittelt aber auch auf die Pflegequalität.

Zusätzlich wird das Umsetzungskonzept die notwendigen Kompetenzanforderungen der Pflege- und Führungskräfte zur Nutzung der digitalen Technik adressieren (Hülsken-Giesler 2010): Diese müssen ermittelt und in umsetzungsfähige Kompetenzprofile überführt werden. Dazu gehören im engeren Sinne fachliche Qualifikationen (technische Grundverständnisse, Bedienung). Darüber hinaus sind überfachliche Kompetenzen gefragt. Bei Führungskräften: Wie wird digitale Technik gut eingeführt? Wie werden Friktionen erkannt und bearbeitet? Wie wird Fehlerfreundlichkeit bei Problemen der Nutzerinnen und Nutzer im Einführungsprozess gewährleistet? Bei Pflegekräften: Wie gewinne ich eine positive Einstellung zur Technik? Wie erkenne und melde ich Probleme und Fehler im Team und bei Vorgesetzten? Eine wichtige überfachliche Kompetenz bildet die Beteiligungskompetenz von Führungskräften und unterschiedlichen Beschäftigtengruppen: Führungskräfte werden befähigt, die Entwicklung und Gestaltung des Technikeinsatzes beteiligungsorientiert zu organisieren und ihre bisherige Führungspraxis in Bezug darauf zu reflektieren und ggf. zu verändern. Beschäftigte werden in ihrer Beteiligungskompetenz gestärkt, indem z.B. geeignete Verfahren und Strukturen der Beteiligung geschaffen werden, in die sie sich mit ihren Belangen, Ideen und Interessen einbringen.

Ad 2) Barrierearme, mobil und stationär nutzbare Kommunikations-, Informations- und Lernsoftware pilotförmig in der Praxis entwickeln und erproben

Gelingende Interaktions- und Koordinationsprozesse erzeugen bei Pflegekräften und Führungskräften in den Pflegezentralen einen hohen Kommunikationsbedarf. Zusätzlich besitzt die Verfügbarkeit und Weiterentwicklung von Wissensressourcen eine hohe Bedeutung für die Handlungssicherheit der Pflegekräfte auf den Touren. Daher wird in einem beteiligungsorientierten Prozess mit der Praxis eine pilotförmige Kommunikations-, Informations- und Lernsoftware entwickelt, die im Rahmen des Projektes eingeführt wird und zugleich als praktischer Testfall für das zuvor entwickelte Umsetzungskonzept zur Einführung und Praxis digitaler Tourenbegleiter dient.

Dazu wird die Software auf Basis analysierter Praxisanforderungen zusammen mit der Praxis entwickelt, sodass für alle Beteiligten der praktische Nutzen sichtbar wird. Einer der wichtigsten Aspekte für die Softwareentwicklung ist dabei die Barrierearmut, d.h. Inhalte müssen für die Pflegekräfte auf den Touren schnell verfügbar sein, was durch eine intuitiv und schnell zu bedienende Software garantiert werden soll.

Da verschiedene Nutzergruppen (Pflegekräfte, mittlere und leitende Führungskräfte) mit unterschiedlichen Anforderungen an der Nutzung der Software beteiligt sein werden, muss das Programm gewährleisten, dass die Interaktions- und Koordinationsbedarfe aller Beteiligten berücksichtigt werden. Hier steht insbesondere der schnelle und zuverlässige Informationsaustausch zwischen Pflegekräften sowie zwischen ihnen und der Pflegezentrale im Vordergrund.

Zudem muss es möglich sein, die Software an das bestehende Qualitätsmanagement (z.B. Fehler- und Beschwerdemanagement) und die Gesundheitsförderung (z.B. Gefährdungsbeurteilung) der beteiligten Unternehmen zu koppeln, um essentielle Informationen sowie die Unternehmenskultur einzubinden.

Ebenso soll die Software es den Pflegekräften ermöglichen, jederzeit auf praxisrelevante Wissensressourcen zugreifen zu können (z.B. bebilderte Vorgehensanleitungen für ausgewählte Pflegetätigkeiten, Anleitungen für die Beratung von Patientinnen und Patienten, Klassifikationslisten etc.). Dadurch soll ein Beitrag zur Erhöhung der Handlungssicherheit im Arbeitsalltag geleistet werden.

Daneben bietet die Technik auch Möglichkeiten, nachhaltige Lernprozesse in der Praxis zu unterstützen (z.B. im Rahmen von „Blended Learning“ in der Verknüpfung von Wissen aus Fortbildungen mit Anwendung in der Praxis), was wiederum Erlerntes festigt und Sicherheiten gibt.

Eine herausragende Rolle bei jeglichem Technikeinsatz spielt immer die Sicherheit, die wir hier in einem doppelten Sinn deuten. Zum einen gilt es, die Sicherheit der unmittelbar Beteiligten (Pflegekräfte und Führungskräfte) zu gewährleisten, indem Regelungen miteingeführt werden, die das Einhalten von Grenzen garantieren (z.B.: Regeln der Erreich- und Verfügbarkeit, der privaten Gerätenutzung oder zur Sicherheit persönlicher Daten). Zum anderen muss auch dem Datenschutz Rechnung getragen werden, gerade in einem Arbeitsbereich, in dem es um Gesundheitsdaten und somit um einen hochsensiblen Bereich geht.

In Hinblick auf eine langfristige und möglichst breite Verwertung des Programms wird außerdem angestrebt, die Software losgelöst von der Anbindung an eine bestimmte Pflegesoftware im Büro, bestimmten Geräten oder bestimmten Betriebssystemen (Android, Windows, IOS) zu entwickeln. Grundanforderung ist, dass die Software mobil funktioniert und mit vergleichsweise geringem Investitionsaufwand nutzbar sein muss.

Ad 3) Handlungsleitfaden „Digitalisierung in der ambulanten Pflege“

Die Projektergebnisse werden für die Praxis in einem mehrteiligen Handlungsleitfaden zur Einführung und Praxis digitaler Technik in die ambulante Pflege überführt, an der alle Partner zusammenarbeiten und Beiträge hauptverantwortlich erstellen werden. Der Handlungsleitfaden wird ein zusammenhängendes, modular aufgebautes Werk sein, das in Form und Stil an die Bedarfe der Praxis angepasst wird. Er wird zumindest aus folgenden Teilen bestehen:

- Anforderungen an die Digitalisierung der Arbeit aus Sicht der Pflege- und Führungskräfte
- Beteiligungsorientierte Einführung und Praxis der digitalen Tourenbegleiter: Vorgehen und Stolpersteine
- Kompetenzentwicklung für digitalisierte Arbeit in der ambulanten Pflege
- Lernkonzepte mittels digitaler Technik und Lerninhalte für die Praxis der ambulanten Pflege
- Technische Anforderungen und Gestaltungsmöglichkeiten einer Kommunikations-, Informations- und Lernsoftware in der ambulanten Pflege.

1.5 Methodisches Vorgehen

Methodisches Konzept

Ziel des methodischen Vorgehens ist das gemeinsame Durchdringen von Handlungsanforderungen und der gemeinsame Weg zur Entwicklung von Lösungsansätzen im Dialog (Behrens/Bleses 2013; Bleses 2013a, 2013b). Das Verbundprojekt bedient sich hierbei vor allem der methodischen Mittel der praxisorientierten Handlungsforschung (Gustavsén 1994; Fricke 2012). Dieser Ansatz stammt aus der skandinavischen Arbeitsforschung und hat in Deutschland vor allem im sog. ‚Bremer Ansatz‘ Fuß gefasst (Becke/Senghaas-Knobloch 2010, 2004). Der Bremer Ansatz wurde insbesondere von Eva Senghaas-Knobloch mit weiteren Kolleg_innen (Senghaas-Knobloch et al. 1997; Volmerg et al. 1986; Becke/Senghaas-Knobloch 2011) erarbeitet und im Rahmen verschiedener BMBF- und zum Teil ESF-geförderter Praxisforschungsprojekte weiterentwickelt. Im Mittelpunkt des methodischen Vorgehens steht der ‚Dialog‘, der zum einen der Verständigung der betrieblich Handelnden (Gruppen) untereinander über eigene wie vor allem organisatorische Ressourcen, Problemlagen und Gestaltungslösungen dient. Zum anderen soll auch ein Dialog zwischen Praxis und Forschung im Prozess wechselseitigen Lernens etabliert werden (Behrens/Bleses 2013; Bleses 2013a, 2013b).

Der Dialog bzw. dialogische Methoden haben eine hohe Bedeutung in der Praxisforschung, weil davon ausgegangen wird, dass die betrieblichen Akteure ihre Arbeitstätigkeit, die betrieblichen Strukturen und den betrieblichen Sozialzusammenhang stets sehr unterschiedlich erleben und deuten. Daraus resultieren wiederum unterschiedliche Sichtweisen und Interessenlagen, die zwar die betrieblichen Kooperationsbeziehungen wie die Unternehmenskultur stark prägen, jedoch häufig nicht offensichtlich sind, weil nicht alle betrieblichen Gruppen die gleichen Möglichkeiten der betriebsöffentlichen Artikulation besitzen. Daraus resultieren beispielsweise verdeckt schwelende Konflikte, organisatorische Veränderungswiderstände, Vertrauensdefizite, Spannungen zwischen strategisch intendierter Unternehmenskultur und emergenten kulturellen Mustern sowie gesundheitliche Belastungen.

Im Rahmen des methodischen Vorgehens wird in KOLEGE zunächst eine Analyse durchgeführt, die eine auf Herausforderungen wie Ressourcen bezogene Gestaltung vorbereitet, die später erprobt und anschließend evaluiert wird. Die Wissenschaft speist dabei Wissen in den betrieblichen Analyse-, Gestaltungs- und Umsetzungsprozess ein, das sie u.a. am Fallbeispiel selbst generiert. Der Anspruch ist dabei stark (selbst)aufklärerischer Natur, indem die Akteure in der betrieblichen Praxis Wissen über sich selbst erhalten. Es wird davon ausgegangen, dass die betrieblichen Akteure dieses Wissen um sich selbst bzw. um ihre eigene Organisationspraxis und -kultur nicht ohne die wissenschaftlich angeregte Analyse (stets) verfügbar haben. Da die betriebliche Lebenswelt multiperspektivisch aus den subjektiven Sichtweisen der einzelnen Individuen bzw. betrieblichen Gruppen zusammengesetzt ist, müssen die verschiedenen Perspektiven im Forschungs- und Gestaltungsprozess sowohl sichtbar als auch einem betrieblichen Austausch über die Unterschiedlichkeit sowie über die daraus folgenden und einigungsfähigen Gestaltungslösungen zugänglich gemacht werden.

Zur Anwendung kommen insbesondere verschiedene qualitative Methoden wie Projektsteuerungskreise im Unternehmen; Expertengespräche im Unternehmen (insbesondere mit Führungskräften und Funktionsträgern) und mit externen Expert_innen; Begleitung von Beschäftigten auf ihren Touren; getrennte Analyse- und Gestaltungsworkshops oder Gruppendiskussionen mit Führungskräften und Beschäftigten; gruppenübergreifende Dialogworkshops zur Diskussion und Aushandlung des weiteren Vorgehens sowie konkreter Maßnahmen; Evaluationsworkshops und Evaluationsgespräche im Rahmen einer formativen (gestaltenden) Evaluation, die während des Erprobungsprozesses einsetzt, um bereits im Prozess ggf. Bedarfe einer veränderten Gestaltung erprobter Lösungen erkennen und umsetzen zu können. Fallweise werden diese qualitativen Schritte mit Befragungen ergänzt (z.B. zur Techniknutzung, -erfahrung und -affinität der Pflegekräfte).

Ein besonderes Augenmerk wird im methodischen Vorgehen in allen Projektphasen (Analyse, Entwicklung, Erprobung, Evaluation, Abfassung der Umsetzungshilfen) auf die Berücksichtigung der unterschiedlichen Bedarfe, Anforderungen, Beteiligungs- und Nutzungsmöglichkeiten verschiedener Beschäftigtengruppen liegen. Denn in der ambulanten Pflege arbeiten sehr unterschiedliche Qualifikations- und Altersgruppen sowie verschiedene Nationalitäten. Gerade im Hinblick auf die Frage, wie technische Neuerungen angenommen werden, wie sie genutzt werden und welchen Nutzen sie den verschiedenen Personenkreisen erbringen, unterscheiden sich diese Gruppen stark. Eine Softwaregestaltung, die sich nur an den technischen Machbarkeiten und inhaltlich an den Hochqualifizierten und technisch versierten Personen ausrichtet, wird in den beschriebenen gemischten Belegschaften wenig erreichen. Hier ist eine enge Zusammenarbeit der technischen, inhaltlichen und arbeitswissenschaftlichen Partner über die gesamte Projektlaufzeit mit eingehenden formativen Evaluationen nötig, um allen Bedarfen gerecht zu werden. Dies erfordert eine ständige Überprüfung des jeweiligen Entwicklungsstands, sodass für Teilentwicklungen, die nicht stimmig für alle Beteiligten sind, die Stationen „Analysen“, „Entwicklung“, „Erprobung“ und „Evaluation“ mehrmals durchlaufen werden. Im Wesentlichen entspricht dieses Vorgehen einem „hybriden Modell“ der Softwareentwicklung (Sandhaus et al. 2014: 53ff.), das sich im Prozessverlauf der Angemessenheit und Tauglichkeit der Entwicklungsleistungen immer wieder versichert.

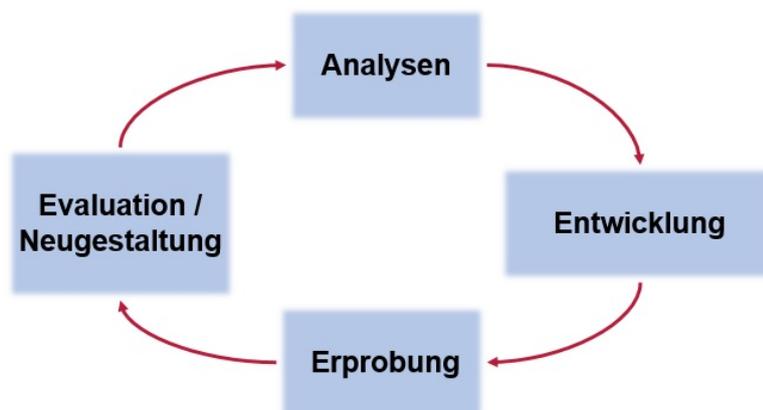


Abbildung 1: Methodischer Kreislauf im Projekt KOLEGE

Ebenso ist kennzeichnend für KOLEGE, dass alle Verbundpartner mit jeweiligen Analyse- und Entwicklungszielen in jedem Arbeitsschritt eng miteinander zusammenwirken. Mit diesem Vorgehen soll gesichert werden, Wissen aus der Praxis einzubeziehen. Denn insbesondere die beiden Pflegeunternehmen mit ihren reichhaltigen Praxiserfahrungen sind erstens Quelle und zweitens Mittel, um die angestrebten Lösungen aus der Praxis heraus und für die Praxis zu gestalten. Zweitens bildet die enge Kooperation zwischen allen Partnern im Verbund auch die Sicherheit, dass Lösungen nicht isoliert (Technik – Lerninhalte – Arbeitsqualität und Arbeitsorganisation), sondern integriert und miteinander abgestimmt entwickelt werden. Diese enge Zusammenarbeit wird sich bis in die Erarbeitung der Umsetzungshilfen (Handlungsleitfäden) des Verbundprojekts fortsetzen, die systematisch zwischen den Teilvorhaben abgestimmt, einheitlich gestaltet und miteinander verzahnt werden.

Angewandte Methodik in der Analysephase

Den Auftakt des methodischen Vorgehens in KOLEGE stellte die Bildung von Steuerungskreisen in beiden Pflegeunternehmen dar. In diesem Rahmen findet ein regelmäßiger Austausch zum Projekt zwischen den Vertretern der Praxispartner (Pflegekräfte und Führungskräfte der Pflegeunternehmen sowie Vertreter des iaw, der wisoak gGmbH und der Qualitus GmbH) statt. Die Mitglieder des Steuerungskreises in den Pflegeunternehmen sind auch die Vermittlungsinstanz zwischen dem Projekt und den anderen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern im Unternehmen. Dadurch wird sichergestellt, dass alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Möglichkeit haben, sich über den Fortgang des Projekts zu informieren und sich selbst einzubringen. Die Steuerungskreise treffen sich bis Abschluss des Projekts ca. alle sechs bis acht Wochen.

Ende 2016 starteten außerdem die Begleitungen von Pflege Touren und Bürohospitalationen in den Pflegezentralen. Die Mitarbeiter_innen des iaw, der wisoak gGmbH und der Qualitus GmbH begleiteten Früh- und Spätschichttouren sowie den Alltag in der Pflegezentrale. Dies diente einerseits dazu, die Wissenschaftler und Softwareentwickler mit den Abläufen und Besonderheiten im Pflegealltag vertraut zu machen und umgekehrt die Pflegekräfte an das Projekt heranzuführen. Andererseits konnte im Zuge der Begleitungen gezielt auf den aktuellen Einsatz von Technik, verschiedene Kommunikationsarten und -situationen sowie -schwierigkeiten geachtet werden, an denen das Projekt ansetzen kann. Alle Begleitungen wurden protokollarisch festgehalten und gingen in die Auswertungen ein.

Parallel zu den Tourenbegleitungen wurden betriebliche Experteninterviews in den beiden Praxisunternehmen geführt. Hier wurden sowohl Pflegekräfte als auch Führungskräfte mit verschiedenen Aufgabenschwerpunkten nach jeweils ihrer individuellen Arbeitssituation sowie ihrer Sicht auf einen möglichen Technologieinsatz befragt.

Darüber hinaus wurden Interviews mit Vertretern aus Politik, Verbänden, weiterer ambulanter Pflegedienste und anderen in die ambulante Pflege einbezogenen Unternehmen geführt. Diese Interviews dienten vorrangig dazu, das Projekt in einen größeren Zusammenhang einzubetten, Hintergründe zur Technikgestaltung und zu Technikanforderungen in der ambulanten Pflege zu erhalten sowie Anknüpfungspunkte für den späteren Ergebnistransfer zu finden. Alle Interviews wurden aufgenommen und für die Auswertungen protokolliert.

Schließlich fand eine Reihe von Analyseworkshops in den beiden Praxisunternehmen statt. Diese wurden einerseits mit Pflegekräften und andererseits mit Führungskräften durchgeführt, um spezifische Sichtweisen, Ideen, Widersprüche und Gemeinsamkeiten herausarbeiten zu können. Den Anfang machten Workshops zum Thema „Arbeitsorganisation und Technik“, anschließend ging es um „Lernen und (Technik)Kompetenzen“. Im Vorfeld der Workshops wurde außerdem ein Fragebogen an alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Unternehmen verteilt und ausgewertet, der allgemeine Einstellungen, Erfahrungen und Kompetenzen mit Informationstechnik untersuchte. Auch die Workshops wurden protokolliert. Anschließend wurden die Protokolle durch die Teilnehmenden autorisiert.

Nach Abschluss der Analysen wurden die Protokolle der betrieblichen Expertengespräche und der Workshops inhaltsanalytisch ausgewertet. In der Vorbereitung hierauf einigten sich die Beteiligten des iaw, der wisoak gGmbH und der Qualitus GmbH auf ein gemeinsames Vorgehen und ein Kodierschema, das die Perspektiven der drei Institutionen und ihrer Teilaufträge im Projekt gleichermaßen berücksichtigt. Jedes Protokoll wurde von zwei Mitarbeiterinnen/Mitarbeitern kodiert, sodass im Anschluss im Rahmen eines Intercodervergleichs eine gemeinsame finale Kodierung erstellt werden konnte. Diese kodierten Protokolle bilden die Grundlage für die Auswertungen, die in diesem Zwischenbericht sowie Anfang November auf einem Expertenworkshop vorgestellt werden.

Weitere Schritte: Entwicklung und Erprobung

Aufbauend auf den Ergebnissen wurden im zweiten Halbjahr 2017 die Entwicklungsworkshops in den Praxisunternehmen gestartet, in denen es um die konkrete Ausarbeitung von Gestaltungsideen für die Arbeitsorganisation im Unternehmen und die Software geht.

Die erarbeiteten Lösungsvorschläge und Prototypen werden während der Projektlaufzeit einer Testphase in den beiden Partnerunternehmen unterzogen. In den betrieblichen Erprobungsphasen wird methodischen Ansätzen eine große Bedeutung zukommen, die Teambildungsprozesse und gegenseitige Unterstützungsmöglichkeiten fördern. Hier ist z.B. an wechselnde Tandem-Lösungen in der Belegschaft zu denken: alt und jung; höher und geringer qualifiziert; Pflegekräfte mit guten und Pflegekräfte mit weniger guten Deutschkenntnissen.

1.6 Aufbau des Zwischenberichts

Nachdem im anschließenden Kapitel (2.) die konzeptionellen Grundlagen

- zu den Besonderheiten der Arbeit in der ambulanten Pflege (2.1) sowie
- zum Lernen und zur Kompetenzentwicklung (2.2) geschildert werden,

werden in den darauffolgenden drei Kapiteln Ergebnisse der Analysephase dargestellt. Es werden Chancen und Herausforderungen des Pflegealltags sowie mögliche Lösungsansätze für bestehende Schwierigkeiten herausgearbeitet. Diese Perspektiven werden getrennt für Belange der „Arbeitsorganisation und Arbeitsqualität“ (3.1), „Lernen und Kompetenzentwicklung“ (3.2) sowie „Technik“ (3.3) dargestellt. Den Abschluss bilden einige Schlussfolgerungen aus den Ergebnissen für die sich anschließende Entwicklungsphase (4.).

2 Konzeptionelle Grundlagen

Wir verwenden im Folgenden durchgängig die Begriffe der Kommunikation und Information sowie des Lernens. Insbesondere verfolgt ja auch die zu entwickelnde KOLEGE-Software das Ziel, eine Kommunikations-, Informations- und Lernsoftware zu sein. Diese drei Begriffe überschneiden sich und hängen eng miteinander zusammen (z.B. besteht Kommunikation immer aus Informationen, auch Lernen geht nicht ohne Aufnahme von Informationen). Wir unterscheiden dennoch zwischen diesen Begriffen, weil wir damit drei zentrale Aspekte auseinanderhalten können:

- Kommunikation/Kommunizieren = *Prozess des sich Verständigens* mittels verschiedener Instrumente (E-Mail, Telefon, Zettel, MDA-Software...)
- Information/Informationsmaterial = *geronnene Kommunikation in Form greifbaren Materials* (Unterlagen, Standards, Nachschlagewerke...)
- Lernen = *Aneignung und Weiterverarbeitung von Wissen*, das durch Kommunikationsprozesse und verschiedene Formen von Informations- und Lernmaterial angeregt und unterstützt wird

Diese Unterscheidung ist weniger wissenschaftlich hergeleitet, erscheint uns aber praktikabel und ist auch in der Praxis unmittelbar anschlussfähig.

2.1 Besonderheiten der Arbeit und ihrer Organisation in der ambulanten Pflege

(Peter Bleses)

2.1.1 Die heutige ambulante Pflege: Entstehung und Entwicklung

Die heutige Struktur der professionell geleisteten Altenpflege ist noch vergleichsweise jung. Sie entstand als Folge der Mitte der 1990er Jahre eingeführten Pflegeversicherung, die insbesondere

- eine institutionelle Basis für die (teilweise) Absicherung des Pflegefallrisikos schuf,
- Leistungen für den stationären und den ambulanten Bereich vorsah,
- Marktprinzipien und damit die verstärkte Konkurrenz zwischen Pflegeanbietern einführte.

Die Einführung der Pflegeversicherung⁵ reagierte darauf, dass das Lebensrisiko ‚Pflegebedürftigkeit‘ (Grundpflege) anders als die weiteren großen sozialen Risiken (wie Alter, Krankheit, Arbeitslosigkeit usw.) nicht oder nur unzureichend im Rahmen der Sozialversicherungen aufgefangen wurde. Pflegebedürftige mussten zunächst ihre eigenen finanziellen Ressourcen einsetzen, um sich professionelle Grundpflegeleistungen kaufen zu können. Gerieten sie dabei an ihre finanziellen Grenzen, wurde zunächst nach unterhaltspflichtigen Angehörigen geschaut. Gab es die nicht oder waren sie nicht leistungsfähig genug, bezahlte die Sozialhilfe nach Prüfung der Bedürftigkeit die notwendigen Pflegeleistungen. Mit Einführung der Pflegeversicherung änderte sich dieser Zustand. Zwar rückt die neue Pflegeversicherung vom Kostendeckungsprinzip der Krankenversicherung ab und gewährt als Teilkaskoversicherung ‚nur‘ einen Zuschuss zu den Aufwendungen für die Grundpflege. Doch sie leistet diesen Zuschuss ohne Bedürftigkeitsprüfung bei Eintritt des versicherten Risikofalls ‚Grundpflege‘. Den zur Kostendeckung notwendigen zusätzlichen Betrag müssen die Pflegebedürftigen bzw. ihre Angehörigen allerdings weiter selbst tragen – und auch im Falle der Bedürftigkeit bzw. mangelnder Leistungsfähigkeit der Unterhaltspflichtigen springt nach wie vor die Sozialhilfe ein.

Zudem wurden Leistungen für die professionelle ambulante Pflege wie für pflegende Angehörige eingeführt, die das zuvor bekannte Leistungsspektrum überstiegen und die ambulante Pflege im Bereich der

⁵ Zur Einführung der Pflegeversicherung und den dahinterliegenden finanz- und sozialpolitischen Zielen sowie dem Diskussionsverlauf im Vorfeld s. Rothgang (1997).

Grundpflege erst als einen Geschäftsbereich etablierten, wie er heute bekannt ist. Die Erweiterungen des ambulanten Leistungsspektrums waren auch im Zusammenhang mit dem sich gesellschaftlich und politisch mehr und mehr durchsetzenden Prinzip: „ambulant vor stationär“ zu sehen. Damit reagierte der Gesetzgeber zum einen auf die wachsende Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen von Menschen, die auch bei Pflegebedürftigkeit gerne solange wie möglich in ihren eigenen Wohnungen verbleiben möchten. Zum anderen bestand die Hoffnung, durch einen späteren (oder sogar ausbleibenden) Übergang Pflegebedürftiger in die (teure) stationäre Pflege Kosten einsparen zu können (Rothgang 1997: 21).

In der Folge dieser Veränderungen erlebte die ambulante Pflege einen Gründungsboom und dauerhaften Wachstumsschub (1999-2013: +48,3% Pflegebedürftige (Isfort et al. 2016: 17)), der bis heute anhält (Statistisches Bundesamt 2017: 11). Das hat allerdings auch mit der stark zunehmenden Zahl Pflegebedürftiger zu tun (Rothgang et al. 2016: 72, 74.), weshalb ebenfalls die stationäre Pflege in Altenpflegeheimen (1999-2013: +35,8% Pflegebedürftige (Isfort et al. 2016:17) angewachsen ist. Die Wachstumsraten der ambulanten Pflege waren jedoch in den vergangenen zwei Jahrzehnten deutlich größer als die der stationären Pflege, deren Anteile rückläufig sind. Allerdings haben in den Jahren 2012-2015 auch die Anteile des formellen ambulanten Sektors (trotz absoluten Wachstums) ein wenig abgenommen, weil der Anteil von Bezieher_innen von Kombinationsleistungen (Pflegegeld plus Pflegesachleistungen) sowie von Bezieher_innen von Verhinderungs-, Tages- und Nachtpflege gestiegen ist (Rothgang et al. 2016: 74).

Die Pflegeversicherung etablierte zudem einen „Wohlfahrtsmarkt“ für Pflegeleistungen und damit ein Geschäftsfeld, das privaten Pflegeanbietern einen umfänglichen Marktzutritt ermöglichte. Seither wuchs der Anteil der privaten stationären Pflegeheimbetreiber und insbesondere der privaten ambulanten Pflegedienste stark an. Öffentliche Angebote durch die Kommunen wurden sehr stark zurückgedrängt und spielen in den meisten Bundesländern kaum noch eine Rolle. Auch die Wohlfahrtsverbände büßten Marktanteile ein. Insbesondere in der ambulanten Pflege überflügeln die privaten Anbieter die Wohlfahrtsverbände mittlerweile deutlich (Rothgang et al. 2016: 100).

Die ambulante Pflege, die vor Einführung der Pflegeversicherung 1995 ein ‚Mauerblümchendasein‘ führte und auch noch einige Zeit danach als ein Pflege- und Beschäftigungsfeld 2. Klasse galt, hat dieses Image politisch und gesellschaftlich weit hinter sich gelassen. Die Präferenz vieler Pflegebedürftiger richtet sich auf die ambulanten Dienste – der Übergang ins Pflegeheim wird erst als letzter Schritt gesehen, der vollzogen wird, wenn eine ambulante Versorgung nicht mehr als sinnvoll oder ausreichend empfunden wird. Daher ist in den Altenpflegeheimen auch ein größerer Anteil an schwer Pflegebedürftigen zu finden als in der ambulanten Pflege. Allerdings schiebt sich die Übergangsgrenze von schwer Pflegebedürftigen in die stationäre Pflege durch Pflegedienste weiter hinaus, die Intensivpflege bzw. eine 24-Stunden-Pflege mit durchgehender Betreuung anbieten. Hinzu kommen Leistungserweiterungen der Pflegeversicherung für den ambulanten Bereich durch die Pflegestärkungsgesetze I – III in den vergangenen Jahren (etwa in den Bereichen Verhinderungspflege, Betreuung und hauswirtschaftliche Dienste).

Die ambulanten Pflegeunternehmen im privaten Sektor sind meist kleinere und mittlere Unternehmen. Häufig wurden sie aus der Pflege heraus von Pflegekräften selbst gegründet. Das hatte oft eine Überlastungssituation zur Folge, weil die Gründer_innen zwar über Pflegewissen verfügten und zudem noch eine Ausbildung zur Pflegedienstleitung absolvieren mussten, aber nur vergleichsweise wenig Kenntnisse in der Unternehmens- und Personalführung besaßen. Diese Gründungen waren zunächst sehr klein, wuchsen aber oft schnell hinsichtlich der Beschäftigten und versorgten Pflegebedürftigen. Das war teils mit Problemen verbunden, mit denen sich Startups branchenübergreifend konfrontiert sehen: Die Entwicklung der Organisationsstrukturen kann mit den wachsenden Anforderungen nicht mithalten. So konnten dauerhaft am Markt nur die ambulanten Pflegeunternehmen bestehen und weiter wachsen, die eine einigermaßen funktionierende Arbeitsteilung zwischen eigentlicher Pflege und Unternehmensführung erreichten.

Während sich damit unter den privaten ambulanten Pflegediensten zunehmend mittelgroße Unternehmen etablieren, halten sich in den Pflegediensten der Wohlfahrtsverbände teilweise auch kleinere Dienste bzw. Dienststellen. Diese verfügen aber oft über den organisatorischen und vielleicht auch finanziellen Rückhalt

der großen Organisation des Wohlfahrtsverbandes oder sind Teil eines größeren Netzwerks verschiedener kleinerer Pflegestützpunkte des Wohlfahrtsverbandes.

Wenngleich die Entwicklung der ambulanten Pflege in den vergangenen Jahren beachtlich war, kann dennoch nicht von einer besonders ressourcenstarken Branche gesprochen werden. Das hat zum einen mit dem schon oben beschriebenen Fachkräftemangel zu tun, der das Größenwachstum der Pflegedienste – wie ebenso des stationären Bereichs – zunehmend begrenzt (immer häufiger müssen Pflegedienste neue Pflegebedürftige abweisen). Zudem ist die Re-Finanzierung der Dienste durch die Leistungsträger (Pflegeversicherung für die Grundpflege und Krankenversicherung für die Behandlungspflege) knapp bemessen und durch die Pflegedienste selbst nur in Maßen beeinflussbar. Das schränkt die Gewinnmöglichkeiten und damit zum einen die Möglichkeit der ambulanten Pflege zu schnellen (Ersatz)Investitionen in die Ausstattung (z.B. der Fahrzeuge, der genutzten digitalen Geräte) sowie zum Aufbau eines größeren Personalbestandes (z.B. von ausreichend Ersatzkräften für Krankheitsphasen) ein: Kaum ein Unternehmen kann sich einen ‚Fehlschuss‘ leisten, Investitionen müssen sich vielmehr möglichst schnell auszahlen! Zum anderen sind die Möglichkeiten der Branche begrenzt, den Pflegekräften deutlich höhere Einkommen zu bezahlen: Bei in etwa gleicher Ertragslage müssen steigende Einkommen durch Effizienzgewinne ‚bezahlt‘ werden. Diese lassen sich in der ambulanten Pflege als einer personenbezogenen Dienstleistung jedoch nur begrenzt in der eigentlichen Pfl egetätigkeit erzielen (v.a. wegen der notwendigen Einhaltung von Qualitätsstandards guter Pflege). Deutlichere Einkommenssteigerungen für die Pflegekräfte sind sehr wünschenswert, um die Attraktivität der Branche zwecks Gewinnung und Bindung von Pflegekräften zu steigern, sie in der ambulanten Pflege halten und vielleicht auch neue gewinnen zu können. Einkommenssteigerungen wären zudem auch angemessen, weil das Einkommensniveau in der Altenpflege trotz hochgradig belastender und verantwortlicher Tätigkeiten im Vergleich zu anderen Branchen und auch im Vergleich zur stationären Krankenpflege niedrig liegt, hinzu kommen deutliche Differenzen zwischen den Bundesländern (Bogaj et al. 2015: 1, 15f.). Allerdings würden sie eine höhere Re-Finanzierung der erbrachten Pflegeleistungen durch die Leistungsträger (Kranken- und Pflegeversicherungen) voraussetzen. Das wiederum ließe sich nur über weiter erhöhte Beiträge finanzieren.

Neben der eigentlichen Pflege, die übrigens nicht nur für ältere Menschen erbracht wird, sondern für alle Menschen mit einem ambulant umzusetzenden Behandlungs- oder Grundpflegebedarf (insbesondere chronisch erkrankte Kinder oder auch psychisch erkrankte und körperlich behinderte Menschen), bieten viele Pflegedienste weitere Leistungen an. Dazu gehören insbesondere die Demenzbetreuung, Hauswirtschaftsleistungen im Rahmen von Sozialdiensten, Tagespflege usw.

Zunehmend verschwimmen auch die Grenzen zwischen der ambulanten und der stationären Altenpflege. Viele stationäre Anbieter wandeln ehemalige Heimplätze in Altenwohnungen mit Betreuungs- und Pflegeangeboten um. Zudem versorgen ambulante Pflegedienste auch Bewohnerinnen und Bewohner in Altenwohnanlagen, sind zum Teil sogar bereits vor Ort ‚stationiert‘.

2.1.2 Grundlagen, Besonderheiten und Herausforderungen der Arbeit in der ambulanten Pflege

Die Arbeit in der ambulanten Pflege ist zwar im Grundsatz mit der Pflegearbeit in stationären Pflegeeinrichtungen der Altenpflege vergleichbar. Allerdings gibt es einige Besonderheiten (siehe hierzu auch Becke/Bleses 2013; Bleses/Jahns 2016). Dazu gehört, dass die Pflegekräfte im ambulanten Bereich ganz überwiegend allein und in den Wohnungen der Pflegebedürftigen arbeiten. Dadurch verändert sich das gesamte Pflegesetting. In Altenpflegeheimen werden den Pflegebedürftigen die Tagesstruktur, die Einrichtung (zumindest) außerhalb der Zimmer, der Speiseplan und vieles mehr zu einem großen Teil institutionell vorgegeben, die Bewohner_innen bleiben dadurch sozusagen „Gast in der Institution“. In der ambulanten Pflege dreht sich dieses Verhältnis wiederum zu einem guten Teil ins Gegenteil: Hier ist die Pflegekraft „Gast in der Wohnung der Pflegebedürftigen“. Sie muss sich zumindest sehr viel weiter auf die Regeln und Gegebenheiten einlassen, die seitens der Pflegebedürftigen bestimmt werden.

Zudem müssen sich die Pflegekräfte anders und sehr viel mehr eigenständig organisieren, weil Arbeits- und Hilfsmittel, Hilfe durch andere Personen usw. nicht oder nicht ohne Weiteres in der Wohnung der Pflegebedürftigen verfügbar sind. Hat die Pflegekraft notwendige Dinge in der Pflegezentrale vergessen oder wurde sie nicht darüber informiert, dass bestimmte Dinge nicht mehr vorhanden sind, ist der Aufwand sehr groß, wieder zurück in die Zentrale zu müssen oder eine andere Pflegekraft auf deren Tour abzuwaschen, die mit Hilfsmittel oder Ähnlichem aushelfen kann. Neben dieser Selbstorganisationsfähigkeit sind die Pflegekräfte zentral auch auf einen guten Kommunikationsfluss über die Patient_innen und dort benötigte Dinge angewiesen, weil sie nicht fortlaufend und/oder nicht allein zu bestimmten Patient_innen fahren. Vielmehr werden zum Teil unterschiedliche Touren gefahren, z.B. weil eine andere Pflegekraft ausgefallen ist oder weil die Pflegekraft als Springer_in arbeitet, zwischenzeitlich frei hat, krank oder im Urlaub war. Das alles bedingt sowohl eine große Abhängigkeit von einer gut gestalteten Pflegeorganisation als auch die Bereitschaft und Fähigkeit der Pflegekraft, Entscheidungen bei Patient_innen alleinverantwortlich zu übernehmen. Es ist zwar im Einzelfall bei Problemen möglich, sich in der Zentrale bei der Pflegedienstleitung oder außerhalb der Öffnungszeiten beim Bereitschaftsdienst noch einmal zu vergewissern, aber das bleibt im Pflegealltag die Ausnahme, weil es zu viel Abstimmungsaufwand bedeutet und zu viel Zeit verloren ginge. Die Pflegekräfte nutzen zur Vergewisserung über eigene Entscheidungen daher v.a. die Übergabe bei der Pflegedienstleitung, in der sie über Besonderheiten berichten und dazu Rückmeldungen erbitten. Zudem werden auch in der ambulanten Pflege Fallbesprechungen, Team- und Dienstbesprechungen abgehalten. Sie bieten Möglichkeiten der Reflexion und der Diskussion grundlegender Fragen der Pflege. Schließlich beraten die Pflegefachkräfte auch die Pflegehilfs- und Pflegeassistentenkräfte bei pflegespezifischen Fragen.

Da es der Wunsch der meisten Pflegebedürftigen ist, solange es geht, in der eigenen Wohnung selbstbestimmt zu verbleiben, trägt die Pflegekraft in der ambulanten Pflege durch ihre gute Arbeit erheblich dazu bei, dass dieser Wunsch auch erfüllt werden kann. Das sorgt bei den Pflegekräften für eine hohe Zufriedenheit mit der eigenen Tätigkeit. Aber es entsteht dadurch auch ein Ungleichgewicht zwischen der Pflegekraft und den Patient_innen, die unmittelbar und beständig auf die Hilfe angewiesen sind. Diese existenzielle Abhängigkeit der Patient_innen bildet eine besondere ethische Herausforderung an Pflegekräfte. Sie versuchen diesen Anforderungen – wie in anderen Pflegesettings auch – mit professionellen Standards einer guten Pflege sowie einem spezifischen Ethos fürsorglicher Praxis (Senghaas-Knobloch 2008) gerecht zu werden. Können sie erfüllt werden, wirken sie sinnerfüllend als Ressource guter Arbeitsqualität.

Das grundlegende Kennzeichen der Pflegearbeit und damit auch der Arbeit in der ambulanten Pflege ist die Arbeit mit und am Menschen, die als „Interaktionsarbeit“ bezeichnet wird (Böhle/Glaser 2006). Interaktionsarbeit in der Altenpflege ist durch vier Merkmale gekennzeichnet (Böhle et al. 2015: 17 ff.; zu einer ausführlicheren Darstellung siehe auch Becke/Bleses 2016, 2013):

- Sie ist *Kooperationsarbeit*: Die zu pflegende Person ist zugleich Objekt (Arbeitsgegenstand) und Subjekt der Arbeitskooperation, das an der Pflege selbst mitwirken muss. Nur wenn zwischen der Pflegekraft und den jeweiligen Pflegebedürftigen eine tragfähige Kooperationsbeziehung hergestellt werden kann, die auf einer einvernehmlichen Balancierung von Nähe und Distanz beruht, kann überhaupt erfolgreich gepflegt werden (Fischer 2010).
- Sie ist *Emotionsarbeit*: Emotionsarbeit besteht in der situationsangemessenen Anpassung der eigenen, nach außen sichtbaren Gefühle (z.B. Unterdrückung von Schamgefühlen) an das von außen erwartete emotionale Verhalten (Hochschild 1980). Emotionsarbeit ist vor allem deshalb von zentraler Bedeutung, weil in der Altenpflege oft mit existenziellen Ängsten vor Krankheit, Schmerzen und Sterben umzugehen ist (Kumbruck 2008).
- Sie ist *Gefühlsarbeit*: Als Arbeit an den Gefühlen der Pflegebedürftigen beeinflusst sie die Gefühle bzw. die emotionale Stimmung der zu Pflegenden, um Pflgetätigkeiten angemessen umsetzen zu können (Dunkel 1988).

- Und sie ist *subjektivierendes Arbeitshandeln*: In der Pflege ist die Unplanbarkeit der Pflegesituation aufgrund des sich beständig verändernden ‚Arbeitsgegenstandes Mensch‘ sehr ausgeprägt (Stimmungsschwankungen, veränderte Gesundheitszustände der Pflegebedürftigen usw.). Das subjektivierte Arbeitshandeln ermöglicht Pflegekräften, situative Besonderheiten wahrzunehmen und das eigene Handeln daran auszurichten. Dabei spielt erfahrungsbezogenes Handeln unter Einsatz der menschlichen Sinne eine wichtige Rolle, um die Befindlichkeit von zu Pflegenden erfassen und situativ angemessen handeln zu können (Böhle et al. 2015).

Die Spezifika der Interaktionsarbeit (Kumbruck 2008) gestalten die Pflege zu einer sehr anspruchsvollen und zugleich abwechslungsreichen Tätigkeit, die potenzielle Ressourcen für eine gute Arbeitsqualität der Pflegekräfte beinhaltet. Sie kann sich allerdings auch als Belastungsquelle erweisen, wenn Pflegekräften den professionellen Standards und den eigenen Ansprüchen an die Pflegequalität z.B. aufgrund von Zeitdruck und Arbeitsverdichtung nicht gerecht werden können. Tatsächlich verfügen Pflegekräfte auch in der ambulanten Pflege grundsätzlich über vielfältige Ressourcen, die es ihnen ermöglichen, psychische und physische Belastungen in der Pflegearbeit zu bewältigen (Bleses/Jahns 2016; Bleses et al. 2013; für die Pflege im Allgemeinen: Fuchs 2011; Becke/Wehl 2016; Bornheim 2008): Hierzu gehört insbesondere die erlebte Sinnhaftigkeit der Pflegearbeit. Neben der Anerkennung ihrer Arbeit durch Pflegebedürftige und deren Angehörigen bilden die soziale Unterstützung durch Kolleg_innen und Führungskräfte (‚gutes Team‘) wichtige Ressourcen für Gesundheitserhalt und Arbeitszufriedenheit. In der ambulanten Pflege wird insbesondere auch die große Handlungsautonomie und Verantwortlichkeit der allein arbeitenden Pflegekräfte grundsätzlich auf den Touren als große Ressource erlebt, die allerdings durch veränderte Rahmenbedingungen (z.B. bei Zeitdruck) auch in eine Belastung umschlagen kann.

Empirische Studien belegen, dass die Gesundheitsressourcen von Pflegekräften im Zuge der Ökonomisierung und des Personalmangels stark herausgefordert werden und ihre Arbeitsqualität tendenziell beeinträchtigt wird (Theobald et al. 2013; Benedix/Medjedović 2014; Hien 2009). Vor allem die zunehmende Arbeitsintensivierung wird als gesundheitsschädigender Stressfaktor identifiziert (Theobald et al. 2013). In der ambulanten Pflege hat die Ökonomisierung in Verbindung mit Personalproblemen zu engen Zeitintervallen geführt, die für die Fahrzeiten und die Pflegezeiten bei den Patient_innen zur Verfügung gestellt werden können. Zudem ist der Druck gestiegen, für kurzfristig ausfallendes Personal einspringen zu müssen. Pflegekräfte werden daher häufig in ihrer Freizeit kontaktiert. Zudem müssen beim Einspringen z.T. fremde Touren mit unbekanntem Patient_innen gefahren werden. Hier besteht oft die Sorge, nicht ausreichend vorbereitet zu sein oder die gestellten Anforderungen nicht erfüllen zu können (Bleses/Jahns 2016).

Die Situation führt zu wachsenden psychischen und physischen Überlastungen der Pflegekräfte (Theobald et al. 2013; Bleses/Jahns 2016; Hien 2009). Hinzu kommen die bereits geschilderten wenig attraktiven Arbeitsbedingungen mit Schichtdiensten und relativ geringen Einkommen (Benedix/Medjedović 2014; Bogaj et al. 2015; Bury et al. 2006). Auf diese Situation reagieren Pflegekräfte zunehmend mit dem Verlassen des Berufes oder „Flucht in die Teilzeit“ (Next-Studie zur Fluktuation in der Pflege: Hasselhorn et al. 2005; Meier-Gräwe 2008), was den demografiebedingten Fachkräftemangel und damit die wachsende Arbeitsverdichtung durch steigende Pflegebedarfe verstärkt.⁶

2.1.3 Besonderheiten der Arbeitsorganisation in der ambulanten Pflege

Die ambulante Pflege weist von der Organisation her deutliche Unterschiede zur stationären Pflege auf (vgl. zum Folgenden eingehend Bleses/Jahns 2016; Bleses et al. 2013; Becke/Bleses 2013). Der Grund

⁶ Der hohe Teilzeitanteil ist nicht nur auf individuelle Präferenzen oder den Versuch der Belastungsreduktion zurückzuführen; tatsächlich bieten die Pflegedienste vor allem Teilzeitbeschäftigung an (Bogaj et al. 2015: 9f.), weil sie an hohen Kopffzahlen zur Abdeckung der Touren interessiert sind. Wenn Pflegekräfte Vollzeit arbeiten, kommt es dann häufig zu geteilten Diensten (z.B. Früh- und Spätdienst) oder zu zwei Diensten (z.B. Früh- und Mittagsdienst) nacheinander, damit die Pflegekräfte trotz kurzer Einsatzzeiten (Touren dauern oft nicht mehr als fünf oder sechs Stunden) ihre vertragliche Arbeitszeit erbringen können.

liegt in der räumlichen Verteilung der von Pflegekräften im Zwei- (Früh- und Spätdienst) oder Drei-Schicht-System (plus Mittagsdienst) in ihrem Zuhause versorgten Pflegebedürftigen. Herzstück der ambulanten Pflegeorganisation bilden die Tourenplanung, die Übergabe von Informationen über die Pflegebedürftigen an die Pflegezentrale und die anderen Pflegekräfte sowie die Dokumentation, die bei den Patient_innen vor Ort und zum Teil in doppelter Ausführung im Büro digital geführt wird.

Die Tourenplanung wird in ambulanten Pflegediensten auf täglicher oder wöchentlicher Basis vorgenommen. Die tägliche Planung ist anpassungsfähiger bzw. reagiert auf die geringe mittel- bis langfristige Planbarkeit der Pflegetouren. Mit der wöchentlichen Planung wird versucht, die Kontinuität der Planung etwas zu steigern. Allerdings müssen die Wochenpläne (und auch die Tagespläne) kurzfristig immer wieder mehr oder weniger umfänglich angepasst werden. Die große Dynamik entsteht einerseits durch die Pflegebedürftigen: Patient_innen sagen Pflegeeinsätze kurzfristig ab (z.B. wegen Arztbesuchen, Reisen), neue Patient_innen müssen in Touren integriert werden, Patient_innen kommen ins Krankenhaus oder versterben. Auf der anderen Seite lösen die Pflegekräfte selbst insbesondere durch Krankheitsausfälle eine Dynamik aus, weil die Patient_innen auf andere Touren bzw. Pflegekräfte verteilt werden müssen, wenn keine (zusätzliche) Pflegekraft aus der Bereitschaft oder dem Dienstfrei einspringen kann.

Die Tourenplanung ist aber nicht nur dadurch eine sehr anspruchsvolle und für alle Pflegedienste durchgängig herausfordernde Angelegenheit. Hinzu kommen einerseits die Vielfältigkeit der Versorgungssituationen (Grund- und verschiedene Leistungen der medizinischen Behandlungspflege), der Wohnorte und Wünsche der Patient_innen (z.B. Geschlecht der Pflegekraft; Zeitpunkt des Pflegeeinsatzes). Andererseits ist es auch die Vielfalt der Pflegekräfte, die sich hinsichtlich Qualifikation und Einsetzbarkeit unterscheiden; so können – strenggenommen – in der Behandlungspflege nur die examinierten Krankenpflege- und häufig auch die examinierten Altenpflegekräfte eingesetzt werden, nicht aber die Altenpflegehilfskräfte, die wiederum über sehr unterschiedliche mehrwöchige Helfer_innen- bzw. ein- oder sogar zweijährige Assistenzbildungen verfügen. Die universelle Einsetzbarkeit der examinierten Kräfte in Verbindung mit der Alleinarbeit auf den Touren ist auch der Grund, weshalb in der ambulanten Pflege die Fachkraftquote höher liegt und liegen muss als in der stationären Altenpflege: In der stationären Pflege können sich Fachkräfte und Hilfs- bzw. Assistenzkräfte die Behandlungs- und Grundpflege eines/einer Patient_in teilen, weil beide vor Ort sind. Das ist in der ambulanten Pflege nur schwer möglich.

Die Tourenplanung steht trotz aller Widrigkeiten immer unter dem Druck, die tägliche oder sogar mehrmals tägliche, qualitativ hochwertige Versorgung der Patient_innen sicherstellen zu *müssen*. Denn – im Unterschied zu manch anderen Dienstleistungen – können die existenziell auf sie angewiesenen Menschen nicht auf die Pflegedienstleistung warten. Die Sicherstellung der fachgerechten Versorgung der Patient_innen genießt daher in den ambulanten Pflegediensten absolute Priorität.

Aufgrund der engen Personaldecke der meisten ambulanten Pflegedienste bewirkt diese Unmittelbarkeit des Versorgungsbedarfs bei beständig möglichen Ausfällen von Pflegekräften insbesondere wegen Erkrankungen einen großen, sofortigen Handlungsdruck: Es muss Ersatz gefunden werden – und zwar entweder unter den sowieso schon arbeitenden Pflegekräften, die dann mehr Patient_innen versorgen müssen, oder unter den Pflegekräften, die eigentlich frei haben. Nicht alle Pflegedienste verfügen dabei über eine mehr oder weniger ausgefeilte Ausfallplanung, die zum Beispiel in einem Bereitschaftsdienst besteht, der nicht bereits zuvor in die Touren eingebunden ist. Das Einspringen ist daher in der ambulanten Pflege keine Besonderheit, sondern ein immer wiederkehrender und kaum zu vermeidender Fall, der dennoch zu großen Belastungen führt: einerseits bei den Tourenplanern, die Pflegekräfte um außerplanmäßige Einsätze bitten müssen, andererseits und vor allem auch bei den Pflegekräften, die in ihrem Dienstfrei angefragt werden. Je häufiger dieser Fall eintritt, desto größer die Belastungen. Und je größer der Personalmangel, desto häufiger tritt der Fall ein. Ein Teufelskreislauf, der Organisation und Personal hoch belastet.

Auch die Übergabe der pflegerelevanten Informationen von einer Schicht an die Nächste bzw. von den Pflegekräften an die Leitungskräfte unterscheidet sich von der stationären Pflege. Das hat mit der Alleinar-

beit der Pflegekräfte sowie den unterschiedlichen Zeiten von Dienstende und Dienstbeginn zu tun. Meistens sehen sich die Pflegekräfte, die Frühdienst hatten, und jene, die auf der gleichen Tour Spätdienst haben oder am kommenden Tag diese Tour im Frühdienst übernehmen, gar nicht in der Pflegezentrale. Daher kann die Übergabe auch nicht von Pflegekraft zu Pflegekraft, sondern muss im größeren Teil der Fälle sozusagen ‚über Bande‘, d.h. über die Pflegedienstleitung oder andere Fachkräfte aus der Verwaltung erfolgen. Diese nehmen die Informationen der Pflegekräfte auf, überführen sie – wenn nötig – in Veranlassungen (Medikamentenbestellungen, Anpassungen der Leistungen usw.) und unterrichten ggf. die nachfolgenden Pflegekräfte über Veränderungen.

Die Übergaben erfolgen dabei v.a. während der Büroöffnungszeiten (also nach dem Frühdienst) zu einem größeren Teil persönlich, wenn das Büro nicht besetzt ist (insbesondere nach dem Spätdienst, am Wochenende und an Feiertagen) hingegen auf diversen anderen Wegen: per Telefon, per E-Mail, per Zettel usw. Ein zentrales Übergabemedium ist und bleibt bei vielen Pflegediensten allerdings das sog. „Übergabebuch“, das jedoch von anderen Pflegediensten, die vor allem auf die Dokumentation als Informationsträger setzen, auch abgelehnt wird. Im Übergabebuch werden Besonderheiten und Aufträge zu Veranlassungen sowohl von den Pflegekräften wie auch von den Führungskräften (Pflegedienstleitung, Tourenplanung) vermerkt. Die Übergabebücher sind zwingend von allen Pflegekräften vor der Tour sowie von der Pflegedienstleitung und ggf. der Tourenplanung zu lesen. Nach der Tour müssen dort wichtige Dinge vermerkt werden.

Das Übergabebuch verdoppelt in mancherlei Hinsicht die Dokumentation, in der alle pflegerelevanten Eintragungen vorgenommen werden. Allerdings ist das Übergabebuch auf dem aktuellen Stand vor dem Tourstart einsehbar und ermöglicht damit die Vorbereitung auf die Patient_innen. Das gibt den Pflegekräften Sicherheit und die Chance, weitere Informationen zu Patient_innen bei Kolleg_innen und der Pflegedienstleitung einzuholen, bevor sie bei den Patient_innen eintreffen. Die Dokumentation liegt in der aktuellen Fassung bei den Patient_innen, kann also erst vor Ort bei den Patient_innen unmittelbar vor dem Beginn der Pflege eingesehen werden.⁷ Zudem kann das Übergabebuch Informationen zum Rahmen der Pflege und der Touren enthalten, die in der Dokumentation nicht enthalten sind (z.B. zu Angehörigen, Straßensperrungen).

Die Dokumentation wird in Gänze oder in wichtigen Teilen (wie Pflegeplanung, Pflegebericht) meist noch einmal in der Zentrale am PC gepflegt. Der große Vorteil liegt in der Zugänglichkeit der Informationen auch in der Pflegezentrale, die überprüfbare Qualität der Dokumentation durch das Qualitätsmanagement bzw. die Pflegedienstleitung sowie die gute Präsentation der digitalen Dokumentation bei MDK-Prüfungen. Die Dokumentation ist daher in der ambulanten Pflege nicht im Grundsatz anders als in der stationären Pflege, aber in ihrer Pflege aufwändiger, zumal ggf. verschiedene Fassungen der Dokumentation einander entsprechen müssen.

⁷ Die Dokumentation muss in der ambulanten Pflege bei den Patient_innen vor Ort geführt werden und auch dort verbleiben, damit etwa Ärzte sofortigen Einblick nehmen können. Die ambulanten Pflegedienste kommen dieser Verpflichtung nach und nehmen die Dokumentation allenfalls kurzzeitig mit in die Zentrale, um sie z.B. zwischen zwei Schichten mit der Pflegedienstleitung durchzusprechen bzw. sie ausführlich zu bearbeiten.

2.2 Lernen, Kompetenz- und Qualifikationsentwicklung

2.2.1 Zielsetzung des Lernkonzepts

Eine wesentliche Zielsetzung im Rahmen von Qualifizierung und Kompetenzentwicklung im Verbundprojekt KOLEGE liegt in der Entwicklung und Erprobung von Konzepten für *E-Learning*, *Blended Learning* und *Praxislernen* in der ambulanten Pflege. Den zu entwickelnden digitalen Tourenbegleitern kommt in diesen Lernarrangements eine besondere Bedeutung zu, da sie auf der Tour als technische Kommunikationschnittstelle zum Lernsystem fungieren sollen.

Konzeptioneller Ansatz ist die unmittelbare Integration von Lernen in die tägliche Praxis der ambulanten Pflege, eingebettet in ein Lernsystem, das möglichst flexibel alle Lerngelegenheiten im Arbeitsalltag abdeckt. Das Ziel besteht darin, verschiedene Lernorte (Pflegepraxis, Pflegezentrale, Schule/Fortbildungsträger, heimischer PC) so miteinander zu verknüpfen, dass Wissen *bedarfsgerecht* und damit *gut* und *nachhaltig angeeignet* werden kann, und dadurch anschlussfähig für Fortentwicklungen bleibt.

Die Digitalisierung bietet dabei ganz neue Möglichkeiten für eine solche Verbindung der Lernorte und vor allem auch für das Lernen in der Praxis. Hierzu gehören die ständige Verfügbarkeit des anwendbaren Wissens (z.B. auf den mobilen Geräten), die Möglichkeiten der Interaktion über die digitale Technik (mit Kolleginnen und Kollegen, mit Führungskräften, mit dem Fortbildungsanbieter usw.) sowie die beständige und schnelle Aktualisierbarkeit der Inhalte und der Darbietungsformen (z.B. geschriebener oder gesprochener Text, Video-Anleitungen).

Auf Basis dieser technischen Voraussetzungen bieten sich digital gestützte Konzepte (z.B. E-Learning, Blended Learning, Workplace Learning) an. Hier stellt sich allerdings die Frage, wie bei diesen Lernformen die *Ansprüche an Qualität und Nachhaltigkeit von Lernprozessen* bei den projektierten Zielgruppen erfüllt werden können. Dies betrifft sowohl deren Heterogenität bezüglich der Lernvoraussetzungen (Einstellung zu und Erfahrungen mit Technik, Lerngewohnheiten etc.), der Lernziele und Lerninhalte für unterschiedliche Beschäftigtengruppen (Pflegefach- und -hilfskräfte, Leitungspersonal) sowie der spezifischen organisatorischen Rahmenbedingungen.

Die zu entwickelnden Lernkonzepte – insbesondere die E-Learning-Komponenten – müssen daher an die Gegebenheiten der ambulanten Pflege (z.B. Zeitrhythmen, Art des Arbeitens und Zusammenarbeitens, Ausbildungs- und Weiterbildungsbedingungen) angepasst werden. Solche – im Idealfall – friktionsfreien Rahmenbedingungen können eine Lernatmosphäre schaffen, in der die Pflegebeschäftigten Akzeptanz und die Anwendungsbereitschaft in Bezug auf den Einsatz neuer Lernformen entwickeln können.

2.2.2 Begriffsklärung: Kompetenzen und Qualifikationen

Um den beschriebenen Anforderungen – *Lernqualität* und *nachhaltige Wissensaneignung* – bei der Entwicklung der Lernkonzepte möglichst gerecht werden zu können, muss zunächst identifiziert werden, welche qualifikatorischen Dimensionen dafür im Arbeitsalltag der anvisierten Zielgruppen welche Rolle spielen. Neben Fachkenntnissen als unerlässliche Basis des täglichen (Be-)Handelns in der ambulanten Pflege sind bei den Pflegekräften überfachliche Kompetenzen gefordert, um in den täglichen Interaktionsprozessen (mit den Patient_innen, mit den Kolleg_innen, mit den Vorgesetzten und mit externen Dienstleister_innen) sicher und zielführend handeln zu können – also *beruflich handlungsfähig* zu sein.

Die erziehungswissenschaftliche bzw. berufspädagogische Debatte über die Voraussetzungen einer Person für ihre (*berufliche*) *Handlungsfähigkeit* wird durch das Begriffspaar *Qualifikation(en)* und *Kompetenz* eingeraht.

Die Kompetenzforscher Erpenbeck und von Rosenstiel beschreiben *Kompetenzen* als „Dispositionen selbstorganisierten Handelns“ (Erpenbeck/von Rosenstiel 2003: XI), die es ermöglichen, u.a. in beruflichen nicht vertrauten Situationen kreativ, verantwortungsbewusst und selbstständig zu handeln⁸.

In diesem Modell werden *Kompetenzen* in vier *Kompetenzklassen* unterteilt, die sich auf unterschiedliche *Dispositionen* einer Person beziehen.

„(P) Personale Kompetenzen: Als die Dispositionen einer Person, selbstgesteuert zu handeln, das heißt sich selbst einzuschätzen, produktive Einstellungen, Werthaltungen, Motive und Selbstbilder zu entwickeln, eigene Begabungen, Motivationen, Leistungsvorsätze zu entfalten und sich im Rahmen der Arbeit und außerhalb kreativ zu entwickeln und zu lernen.

(A) Aktivitäts- und umsetzungsorientierte Kompetenzen: Als die Dispositionen einer Person, aktiv und gesamtheitlich selbstorganisiert zu handeln und dieses Handeln auf die Umsetzung von Absichten, Vorhaben und Plänen zu richten - entweder für sich selbst oder auch für andere und mit anderen, im Team, im Unternehmen, in der Organisation. Diese Dispositionen erfassen damit das Vermögen, die eigenen Emotionen, Motivationen, Fähigkeiten und Erfahrungen und alle anderen Kompetenzen – personale, fachlich-methodische und sozial-kommunikative - in die eigenen Willensantriebe zu integrieren und Handlungen erfolgreich zu realisieren.

(F) Fachliche-methodische Kompetenzen: Als die Dispositionen einer Person, bei der Lösung von sachlich-gegenständlichen Problemen geistig und physisch selbstorganisiert zu handeln, das heißt mit fachlichen und instrumentellen Kenntnissen, Fertigkeiten und Fähigkeiten kreativ Probleme zu lösen, Wissen sinnorientiert einzuordnen und zu bewerten; das schließt Dispositionen ein, Tätigkeiten, Aufgaben und Lösungen methodisch selbstorganisiert zu gestalten, sowie die Methoden selbst kreativ weiterzuentwickeln.

(S) Sozial-kommunikative Kompetenzen: Als die Dispositionen, kommunikativ und kooperativ selbstorganisiert zu handeln, das heißt sich mit anderen kreativ auseinander- und zusammzusetzen, sich gruppen- und beziehungsorientiert zu verhalten, und neue Pläne, Aufgaben und Ziele zu entwickeln.“ (Erpenbeck/von Rosenstiel 2003 :XVI)

Demgegenüber werden *Qualifikationen* als *unmittelbar tätigkeitsbezogene* Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten verstanden, die sich in Zertifikaten und Prüfungsergebnissen widerspiegeln:

„So wichtig diese formalen Qualifikationsnachweise im Berufsleben auch sind – sie befähigen ihre Besitzer jedoch nicht automatisch zum erfolgreichen Handeln in komplexen, unüberschaubaren beruflichen Entscheidungs-situationen.“ (Michel, MMB 2006: 137)

Qualifikationen (Fachkenntnisse) sind im o. g. Kompetenzmodell Bestandteil der fachlich-methodischen Kompetenzen.

Im ambulanten Pflegealltag kommen die benannten Kompetenzen und Qualifikationen in unterschiedlichem Umfang, unterschiedlicher Tiefe und mit unterschiedlichem Praxisbezug zur Anwendung. Eine erfolgreiche Interaktionsarbeit, die wesentlich durch erfahrungsgelitetes Handeln der Pflegekräfte getragen wird, basiert auf dem Zusammenspiel zwischen überfachlichen Kompetenzen und fachlichen Qualifikationen der Beschäftigten in allen Tätigkeitsbereichen und Hierarchieebenen. So kommen personale Kompetenzen 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, um für die praktische Pflegearbeit an und mit den Patient_innen eigenständig Lösungen finden zu können, auch und insbesondere bei plötzlich auftretenden Problemen wie beispielweise Notfällen oder Nichterreichbarkeit von Angehörigen. 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. Ambulante Pflege ist in der Regel

⁸ Kompetenzen werden auch im Begriff Selbstorganisationsdispositionen zusammengefasst.. Vgl. Erpenbeck: Einführung: Kompetenzbegriff und weitere zentrale Begriffe. Zit. Nach Michel, MMB 2006, S. 136

Alleinarbeit. Das bedeutet, dass die Pflegekräfte auf der Tour in vielen Situationen eigenständig Entscheidungen fällen müssen. 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 Touren-durchführung, in Folge dessen Betroffene informiert und gegebenenfalls Anpassungen an der Route vorgenommen werden müssen. Diese Handlungskompetenz bildet zusammen mit der personalen Kompetenz, produktive Einstellungen und Motivation auszubilden, die Grundlage für die Entwicklung von Anwendungsbereitschaft im Umgang mit digitalen Lerntechniken. Eine wesentliche Gelingensbedingung für die Akzeptanz bei den Pflegebeschäftigten ist zudem der Erwerb technischer Qualifikationen auf der fachlichen Kompetenzebene.

Im Rahmen der bildungspolitischen Debatte um *berufliche Handlungsfähigkeit* hat sich seit Mitte der 1990er Jahre eine Kompetenzorientierung (Bootz/Hartmann 1997) durchgesetzt und die bis dahin vorherrschende Sichtweise auf Qualifikationen, die durch Qualifizierung und Weiterbildung erworben werden können, weitestgehend abgelöst.⁹

Begleitend dazu fokussiert auch die Forschung diesbezügliche Fragestellungen (begriffliche Differenzierungen, Messbarkeit, Anerkennung informell erworbener Kompetenzen etc.) schwerpunktmäßig unter dem Gesichtspunkt der Verwertbarkeit am Arbeitsmarkt in Form einer nachhaltigen existenzsichernden Erwerbstätigkeit.

Um individuelle Beschäftigungsfähigkeit (Employability) zu erhalten, ist eine kontinuierliche Anpassung der Qualifikationsprofile des Pflegepersonals an sich ändernde Anforderung auf dem Arbeitsmarkt zu leisten. Im Prozess eines solchen *lebenslangen Lernens* wird es für die/den Einzelne/n immer wichtiger, ihr/sein berufliches Fachwissen und ihre/seine Handlungskompetenzen permanent zu aktualisieren und ständig zu erweitern bzw. an die jeweiligen Aufgabenstellungen anzupassen. Hierfür benötigen die Beschäftigten entsprechende Handlungs- und insbesondere *Transferkompetenzen*, die ihre berufliche Handlungsfähigkeit erst herstellen.

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

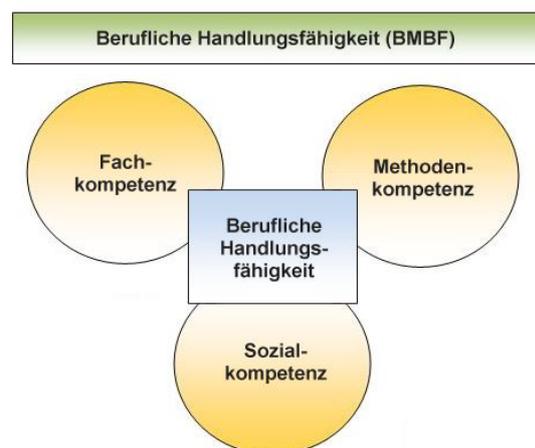


Abbildung 2: Kompetenzen für berufliche Handlungsfähigkeit (BMBF 2007)

⁹ Dieser Bedeutungswandel findet sich auch im „Deutschen Qualifikationsrahmen“ wieder, der explizit ein *Kompetenzrahmen* ist. Vgl. „Deutscher Qualifikationsrahmen für lebenslanges Lernen“, verabschiedet vom Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen (AK DQR) am 22. März 2011“

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 die Handlungskompetenz 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 Lernenden bestimmter Dispositionen, die im Wesentlichen auf den individuellen Fähigkeiten zur Selbststeuerung und Selbstorganisation basieren. Begrifflich hat sich hierfür die sogenannte *Selbstlernkompetenz* durchgesetzt.

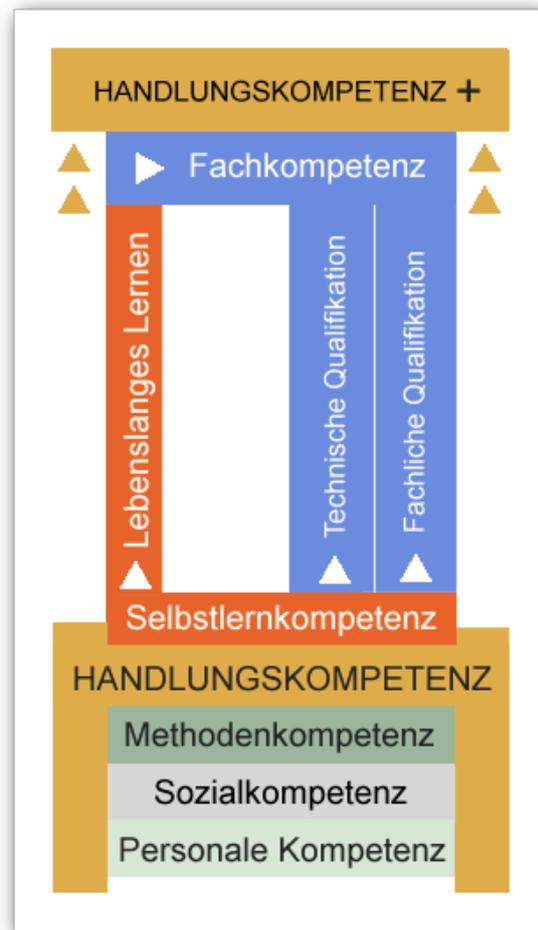


Abbildung 3: Kompetenzen als Nährboden für Qualifikationsentwicklung (projekteigene Darstellung)

2.2.3 Entwicklung von Selbstlernkompetenz – Förderung durch E-Learning

Im beruflichen Kontext soll die Entwicklung von Kompetenzen wesentlich dazu beitragen, die eigene Beschäftigungsfähigkeit zu erhalten. Lebenslanges Lernen ist hier gleichermaßen Anspruch und Instrument. In diesem Zusammenhang kommt einer Schlüsselkompetenz, der sogenannten *Selbstlernkompetenz* – eine wesentliche Rolle zu.

„Selbstlernkompetenz ist die Voraussetzung für Selbstlernen und damit letztlich auch für die Realisierung der Leitidee des lebenslangen Lernens. Sie ist sozusagen das Fundament, auf dem das Haus des lebenslangen Lernens aufgebaut werden soll.“ (Brauchle 2007: 1)

Die Fähigkeit und Fertigkeit, eigenständig und selbstgesteuert lernen zu wollen und zu können ist eine Grundvoraussetzung für lebenslanges Lernen; als Basis für die Weiterentwicklung eigener Handlungskompetenz.

Der Erfolg des Bemühens um den Erhalt von Beschäftigungsfähigkeit hängt neben den eigenen Aktivitäten der Pflegekräfte zur Umsetzung lebenslangen Lernens aber auch wesentlich von externen organisatorischen Rahmenbedingungen ab. In der ambulanten Pflege ist das unmittelbare betriebliche Umfeld die Pflegeorganisation und hier maßgeblich die Pflegezentrale. Hier müssen die Rahmenbedingungen so gestaltet werden, dass eine Weiterentwicklung der Beschäftigten im Sinne einer erfolgreichen Kompetenzbildung

befördert werden kann. Dies umfasst sowohl formale Regelungen und Verlässlichkeit als auch organisationale Unterstützungsmöglichkeiten zur nachhaltigen Wirksamkeit der Lernprozesse und damit der Lernerfolge (Outcome)¹⁰.

Selbstgesteuertes Lernen setzt also ein hohes Ausmaß an Selbstlernkompetenz bei den Lernenden voraus. Hier können digital unterstützte Lernkonzepte, die E-Learning-Phasen in ein Blended Learning-Arrangement einbinden, einen wichtigen Beitrag dazu leisten, die Entwicklung von Selbstlernkompetenz zu befördern.

Blended Learning stellt einen hybriden Methodenmix zur Verfügung, der traditionelle Formen des Präsenzlernens mit virtuellen E-Learning-Phasen kombiniert. Der didaktische Mehrwert des Blended Learning-Ansatzes ist die gleichzeitige Vermittlung von Fach- und Schlüsselkompetenzen sowie die inzwischen in allen Berufen – auch in denen der Pflege – immer stärker geforderte Medien- und Kommunikationskompetenzen. Die Letzteren stellen heutzutage die wesentlichen Komponenten zur Realisierung von gezieltem Wissenserwerb dar und bilden damit die Basis für die Herausbildung von Selbstlernkompetenz, die wiederum eine wesentliche Grundlage für die Umsetzung des Anspruchs lebenslangen Lernens bildet.

Medienkompetenzen reduzieren sich dabei nicht nur auf technische Aspekte (Bedienung von digitalen Geräten, zielgerichtete Nutzung von Software, digitale Recherche-Strategien, digitale Kommunikation etc.), sondern ebenso auf die Einordnung resp. Beurteilung virtueller Informationen (Wahrheitsgehalt, moralisch-ethische Aspekte, Missbrauch, digitales Mobbing etc.).

Unter didaktischen Aspekten findet in den virtuellen Lernphasen ein selbst organisiertes, an individuellen Kriterien ausgerichtetes und prinzipiell zeit- und ortsunabhängiges Lernen statt, das in den Arbeitsalltag integriert werden muss.

In Präsenzseminaren zur Einführung in das digitale Lernangebot werden die notwendigen technischen und methodischen Kenntnisse vermittelt, um in der virtuellen Lernumgebung arbeiten zu können. In den Selbstlernphasen wird ‚selbstorganisiert zu lernen‘ geübt, sodass sich der Lernprozess zum einen an den Bedürfnissen und Möglichkeiten der Teilnehmenden orientiert, zum anderen die Bildung von Kompetenzen fördert, die das praktische Anwenden des Gelernten am Arbeitsplatz vorbereiten, unterstützen und absichern. In den korrespondierenden Präsenzphasen wird darüber hinaus Wissen im sozialen Kontext der Kolleg_innen vermittelt. Hier wird die Möglichkeit geboten, Fragestellungen in der Lerngruppe zu diskutieren.

Im Hinblick auf die Notwendigkeit, selbstgesteuerte Lernprozesse zu initiieren und effektiv zu unterstützen, nimmt insbesondere E-Learning konzeptionell einen besonderen methodischen Stellenwert ein. Dessen Einbindung in konventionelle Bildungsprozesse soll die Bildung von Selbstlernkompetenzen befördern, um Handlungs- und Transferkompetenzen anwenden und zukünftig bedarfsgerecht weiterentwickeln zu können. Damit wird bei den Beschäftigten eine qualifikatorische Basis geschaffen, um durch (informelles) Lernen in der täglichen Praxis und zu Hause wandelnde Qualifizierungsanforderungen eigenständig und systematisch bewältigen zu können.

E-Learning-Angebote, die sich an den lernenden Individuen orientieren, können insbesondere dadurch die Selbstlernkompetenz befördern (Littig 2006), indem sie:

- der/dem Lernenden die Möglichkeit der Selbsteinschätzung bieten, damit sie/er den eigenen Kenntnisstand richtig bewerten kann;
- der/dem Lernenden Informationen bereitstellen, die ihr/ihm erlauben, den eigenen Kenntnis- und Wissensstand einzuordnen und daraus ihre/seine persönliche Lernstrategie abzuleiten;
- die Lernbiografie der/des Lernenden berücksichtigen.

¹⁰ Outcome beurteilt das nach Abschluss von Lernprozessen (z.B. Fortbildungen) Erreichbare, also Aspekte der Verwertbarkeit auf dem Arbeitsmarkt. Dies betrifft neben anderem die Frage, inwieweit die Pflegekräfte ihre Kompetenzen in die Berufsarbeit einbringen können.

2.2.4 Zielgruppenorientierung als Erfolgsfaktor

In der didaktischen und pädagogischen Diskussion über die Ausgestaltung von E-Learning-Angeboten (Kerres 2001) werden zwei Faktoren als mitentscheidend für eine erfolgreiche Implementierung von E-Learning im Unternehmen betrachtet. Neben der Schaffung von adäquaten *technischen und organisatorischen Rahmenbedingungen* ist die *Bereitschaft der Beschäftigten*, diese Lernform am Arbeitsplatz zu nutzen, von wesentlicher Bedeutung. Das individuelle Lernverhalten und die Medien- und Computerkompetenz der potenziellen Nutzer_innen spielen für die E-Learning-Akzeptanz eine zentrale Rolle.

Für die die Entwicklung der projektierten E-Learning-Angebote für die ambulante Pflege mit unterschiedlichen Zielgruppen (Pflegehilfs-, fach- und führungskräfte) bedeutet das, nicht das technisch Machbare für anonyme Nutzer_innen in den Mittelpunkt zu stellen, sondern auszugehen

„...von real existierenden Lernerinnen und Lernern, von deren Möglichkeiten, Bedürfnissen und Zielen..., was auch die Berücksichtigung von deren Lernbiografie, von deren Motivation zu lernen und von deren Interessen für bestimmte Themenfelder und Inhalte einschließt mit dem Ziel, die Lernenden in ihrem selbsttätigen und selbstverantworteten Lernen zu unterstützen.“ (Michel MMB 2006: 111)¹¹

Dabei ist Lernen auch als ein sozialer Prozess zu begreifen, der die Kontakte zu anderen Lernenden und den Lernbegleitern/-beratern einschließt.

In heterogenen Lerngruppen werden die Lernenden oft über- oder unterfordert, da es in der Regel nicht ein Set von Lerninhalten gibt, das für alle Lernenden gleichermaßen relevant ist. Um dem pädagogischen Grundsatz treu zu bleiben, die/den Lernende/n dort abzuholen, wo sie/er steht, ist es notwendig,

- eine Zielgruppenanalyse hinsichtlich der anzustrebenden Lernziele und der damit verbundenen Lerninhalte und
- eine Qualifikationsbedarfsanalyse durchzuführen.

2.2.5 Regionale Rahmenbedingungen für Fortbildung in der ambulanten Pflege

In Bremen ist für staatlich anerkannte Pflegeberufe, zu denen sowohl die Gesundheits- und Krankenpfleger_innen als auch die Altenpfleger_innen gehören, die Verpflichtung zur Kompetenzerhaltung als eine Berufspflicht in der Berufsordnung festgeschrieben (Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit und Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen 2011). Die Gründe für diese Verpflichtung liegen in der stetigen Veränderung dessen, was als „state of the art“ anerkannt ist. Aus neuen medizinischen und pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen leiten sich immer wieder neue Handlungsempfehlungen ab. Es ist nicht ausreichend, sich auf das Wissen zu berufen, das man als Pflegekraft in der Ausbildung aufgenommen hat.

In der Bremer Berufsordnung ist zum einen der Umfang der notwendigen jährlichen Fortbildungen als auch der Inhalt der möglichen Maßnahmen zum Kompetenzerhalt geregelt.

Professionell Pflegende sind damit verpflichtet, jährlich 20 „Fortbildungspunkte“ zu erreichen, das entspricht 20 Unterrichts- bzw. Zeitstunden. In der Berufsordnung ist auch geregelt, dass sich die Kompetenzerhaltung nicht nur auf die Fachkompetenz bezieht, sondern auch auf Methodenkompetenz, Sozialkompetenz, Individualkompetenz und/oder Führungskompetenz. Die möglichen Maßnahmen sind neben internen und extern angebotenen Fortbildungen auch andere Aktivitäten, z.B. eine aktive Referententätigkeit.

Die Berufsordnung legt die Verpflichtung zur Kompetenzerhaltung klar in die Verantwortung der Pflegenden, weist aber auch dem Arbeitgeber eine Kontrollfunktion zu. Rechtlich ist die Pflegekraft der Senatorin

¹¹Zitiert nach Poppe 2006: Strategische Überlegungen und Anwenderhinweise für die berufliche Bildung und Weiterbildung, S. 145 f.

für Wissenschaft, Gesundheit und Verbraucherschutz, vertreten durch das Gesundheitsamt, gegenüber nachweispflichtig. Bei Nichteinhaltung der Verpflichtung zur Kompetenzerhaltung droht im schlimmsten Fall der Entzug der Berufszulassung, d.h. der Verlust des Berufsstatus als Pflegefachkraft.

Die Pflegeeinrichtungen haben neben der gesetzlichen – in der Berufsordnung festgeschriebenen – Aufsichtspflicht als Arbeitgeber noch ein zusätzliches Interesse an der Nachweiskontrolle der Fortbildungen ihrer Beschäftigten. Dieses bezieht sich auf die regelmäßigen und anlassbezogenen Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen und durch die Heimaufsicht.

Aus diesem Grund sind es die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, die für ihre Mitarbeiter ein Fortbildungsprogramm zusammenstellen und deren Teilnahme sicherstellen. Das Fortbildungsprogramm muss ausreichend dafür sein, dass die 20 geforderten Fortbildungspunkte erworben werden können. Inhaltlich ist das Programm stark an den Anforderungen orientiert, die der MDK an die Qualifikationen der Pflegekräfte stellt.

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen prüft im Rahmen der Pfl egetransparenz-Vereinbarung für die ambulante Pflege (PTVA) in den ambulanten Pflegediensten die Struktur- und Prozessqualität. Innerhalb dieser Prüfung werden auch qualifikationsbezogene Fragen gestellt. Diese verweisen auf die Verantwortung des Pflegedienstes für die Sicherstellung regelmäßiger Schulungen der Pflegekräfte in erster Hilfe sowie für die Bekanntmachung und Umsetzung der Hygienerichtlinien des Robert-Koch-Instituts. Bezüglich der Expertenstandards wird geprüft, ob diese im internen Qualitätsmanagement implementiert und an die Bedingungen der ambulanten Pflege angepasst sind. Für die Mitarbeiter_innen muss nachgewiesen werden, dass diese an standardspezifischen Fortbildungen oder Arbeitsgruppen zur Anpassung des Standards teilgenommen haben. Nach MDK-Richtlinien muss es einen prospektiven Fortbildungsplan geben, in den alle Pflegemitarbeiter_innen involviert sind (Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. 2016).

Neben den Regelungen, die in der Berufsordnung und den Prüfrichtlinien des MDK festgeschrieben sind, wird die Fortbildungsplanung auch durch das jeweilige interne Qualitätsmanagement mitbestimmt. Die beschriebenen Anforderungen müssen dort implementiert sein. Aus den Ausführungen ergeben sich manchmal ergänzende Fortbildungsvorgaben.

Aus dieser Konstellation ergibt sich, dass sich die Pflegekräfte auf das Fortbildungsprogramm der eigenen Einrichtung verlassen, weil es das Einfachste und Bequemste ist: Der Arbeitgeber übernimmt die Kosten der Fortbildung, die Fortbildung wird als Arbeitszeit anerkannt und die Zeiten der Fortbildungen werden in der Regel so angesetzt, dass sie im Anschluss an einen Frühdienst oder direkt vor einem Spätdienst absolviert werden können. Die Teilnahme an externen Fortbildungen setzt einiges mehr an Aufwand voraus – oftmals werden zwar die Kosten übernommen, aber die Fortbildungen gelten nicht als Arbeitszeit und ein höheres Maß an Aktivität zur Organisation ist von Seiten der Pflegekräfte erforderlich. Dies führt dazu, dass die Mehrheit der professionell Pflegenden ausschließlich an internen Fortbildungen teilnimmt (ZBFS - Bayerisches Landesjugendamt ohne Jahr).

Weitere Gründe für die bei einem Teil der Pflegekräfte zu konstatierende Zurückhaltung, an externen Seminaren teilzunehmen, sind das Schichtsystem, in dem fast alle Pflegekräfte arbeiten (Mahler 1998) und Kollisionen mit der Einteilung von Arbeits- und Freizeit. Eine Fortbildung in der Mittagszeit nach einer Sechs- oder Sieben-Stunden-Schicht ist zwar anstrengend, aber einfacher, als sich an einem freien Tag – vielleicht dem einzigen freien Tag binnen 14 Tagen - zu einem externen Anbieter zu begeben (Rath 2017).

Trotz dieser „systemimmanenten“ Problematik ist der Mehrheit der professionell Pflegenden durchaus bewusst, dass es neben der Verpflichtung auch qualifikatorische Notwendigkeiten gibt, sich in ihrem Beruf kontinuierlich fortzubilden. Die hohen psychischen und physischen Anforderungen der Berufsausübung (Arnold et al. 2002; Mahler 1998) stellen für einen Teil der Pflegekräfte jedoch eine besondere Herausforderung dar.

2.2.6 Konzeptansatz im Projekt: Praxisintegriert lernen

Der Ansatz des Projekts KOLEGE bezieht sich auf diese Herausforderungen mit der Zielsetzung, die beschriebenen Konfliktlinien zwischen Arbeits-, Fortbildungs- und Freizeit zu analysieren und ein integratives Fortbildungskonzept zu entwickeln.

Dieses soll sowohl die zeitlichen Herausforderungen und die heterogenen Qualifizierungsbedarfe für unterschiedliche Tätigkeitsfelder in der ambulanten Pflege berücksichtigen, als auch zusätzliche Belastungsrisiken bei den Pflegekräften durch die Einführung von digitaler Technik möglichst minimieren.

Der Arbeitsablauf in der ambulanten Pflege besteht in wesentlichen Teilen aus der Interaktion der Pflegekräfte mit Patient_innen. In diesen Kommunikationsprozessen sind ständige Lernprozesse immanent integriert, die dazu führen, dass die Pflegekräfte Erfahrungswissen aufbauen und kontinuierlich erweitern.

Trotz der beschriebenen Friktionen bezüglich der Fortbildungsteilnahme eines Teils der Beschäftigten in der ambulanten Pflege kann bei den Pflegekräften prinzipiell eine hohe Lern- und Fortbildungsbereitschaft vorausgesetzt werden, da sie sich in täglich ändernden Pflege- und Betreuungssituationen regelmäßig neuen Anforderungen stellen müssen.¹² Diese erzeugen oftmals Defizite in der beruflichen Handlungsfähigkeit der Beschäftigten. Hieraus ergeben sich kontinuierliche Qualifizierungsbedarfe, deren Spektrum medizinische Aspekte, pflegetechnologische Neuerungen und pflegewissenschaftliche Themen ebenso umfassen wie sozialpsychologische, kommunikative Aspekte und solche der sozialen Interaktion. Die grundsätzlich positiv besetzte Einstellung der Pflegekräfte zum Lernen stellt eine Ressource dar, an die die Einbindung moderner – digital gestützter – Lern- und Lehrmethoden in den Lernkontext und in die Fortbildungsinfrastruktur in der ambulanten Pflege positiv anknüpfen kann.¹³

Der im Projekt KOLEGE verfolgte Ansatz, Lernen praxisintegriert und arbeitsprozessorientiert umzusetzen, rekuriert auf die unterschiedlichen Bedarfe, Inhalte, Formate und Gelegenheiten von Lernen in der ambulanten Pflege.

Die Anforderungen an die Pflegekräfte kollidieren zeitlich mit den Anforderungen an die realen Pflegedienstleistungen (Fachkräftemangel). Fortbildung ist hier oftmals Abzug an realer Arbeit. Zeit- und ortsunabhängiges Lernen kann hier Entlastung bieten.

Angesichts der wachsenden Lernanforderungen in der Fort- und Weiterbildung der ambulanten Pflege und vor dem Hintergrund eines perspektivisch eher zunehmenden Fachkräftemangels in diesem Sektor kann die Entwicklung eines branchenspezifischen digitalen Qualifizierungsangebots in Form einer Online-Lernplattform als zusätzliches Instrument fungieren, um die Bewältigung dieser Anforderungen zu unterstützen. Über eine solche digitale Lern-, Wissens- und Kommunikationsumgebung für die Pflegebeschäftigten können neue Formen der Kommunikation, der Visualisierung von Arbeitsprozessen und der Bewahrung von Erfahrungswissen in der beruflichen Bildung etabliert werden.

Unter dem Aspekt von Nachhaltigkeit bietet ein solches Angebot die Möglichkeit auch über die Projektlaufzeit hinaus, betriebsübergreifend in der Pflegebranche eingesetzt und verstetigt zu werden.

2.2.7 Entwicklung des didaktischen und technischen Konzepts im Projekt KOLEGE

Die Umsetzung des konzeptionellen Teilansatzes „Einbindung digitaler Lernformen in die Lern- und Fortbildungsstrukturen in der ambulanten Pflege“ basiert auf zwei Qualifizierungsansätzen:

- Ausbildung von Medienkompetenz

¹² Dies bestätigen auch die Ergebnisse aus den Analyse-Workshops, die im Projekt KOLEGE mit den Beschäftigten der beteiligten Pflegedienste durchgeführt wurden. Hier konnte durchgängig ein großes Interesse an der Entwicklung neuer anlassbezogener Fortbildungsthemen festgestellt werden.

¹³ In den Stellenanzeigen der Unternehmen in der ambulanten Pflege spielt die betriebliche Ressource „Regelmäßige Fortbildungen“ für interessierte Pflegekräfte eine wichtige Rolle in Bezug auf Arbeitsqualität und Arbeitgeberattraktivität.

Für die Pflegebeschäftigten ist der Einsatz von E-Learning in ihrer betrieblichen Fort- und Weiterbildung weitestgehend Neuland. Damit sie das Lernangebot im Projekt KOLEGE bedarfsgerecht und passgenau nutzen können, müssen zunächst entsprechende Medienkompetenzen entwickelt werden. In einem ersten Schritt sollen daher *technische Grundlagenqualifizierungen* durchgeführt werden, die u.a. den Aufbau des Lernangebots, die Bedienung der Software, die Systematik und die interaktiven Funktionen der E-Learning-Module vermitteln.

- Ausbildung von fachlichen und überfachlichen Kompetenzen

Die Vermittlung von *Fachkenntnissen* und insbesondere überfachlichen Transferkompetenzen orientiert sich an den Handlungs- und Anwendungsfeldern an den potenziellen Lernorten: in der Pflegezentrale, im mobilen Einsatz (Fahrzeug, Wohnung der Patient_innen) und in der Privatumgebung der Pflegekräfte (hier finden in der Freizeit auch berufsbezogene Tätigkeiten statt, z.B. vorabendliche Tourenvorbereitung). Bestehende Fortbildungsinhalte sollen, sofern sie über lernförderndes Potenzial für eine medienbasierte Aufbereitung verfügen, als digitale (Teil-)Module aufbereitet werden. Die Entwicklung neuer Fortbildungsinhalte soll von vorn herein mediensensibel erfolgen.

Der zielgruppenadäquate Ausgangspunkt ist, dass die fachliche Qualifizierung nicht nur 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.

Das didaktische Konzept orientiert sich an den Kategorien der Bereitstellung, Zugänglichkeit und Unterstützung an Stelle einer Belehrung, die in Kategorien von Ursache und Wirkung denkt (Reglin 2003). 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.

3 Analyseergebnisse

Die Schilderungen der Analyseergebnisse gehen im Folgenden – wann immer möglich - in einem Dreischritt vor und zeigen zuerst die Ressourcen, dann die Herausforderungen und anschließend die in der Analysephase ebenfalls bereits erarbeiteten ersten Entwicklungsideen. Obwohl in den Analysen zwar getrennt die Perspektiven der Führungs- und der Pflegekräfte erhoben wurden, trennen wir in der Darstellung nicht grundsätzlich zwischen diesen Perspektiven. Das hat vor allem damit zu tun, dass es viele Überschneidungen zwischen den Perspektiven der Führungs- und Pflegekräfte gibt. Allerdings werden wir dort, wo es nötig und sinnvoll erscheint, auf Unterschiede aufmerksam machen.

Wir gehen zunächst auf die Ergebnisse zur Analyse der ‚Arbeit und Arbeitsorganisation‘ ein (3.1), schildern anschließend die Ergebnisse zum Thema ‚Lernen, Kompetenz- und Qualifikationsentwicklung‘ (3.2) sowie zur Technikentwicklung (3.3).

3.1 Arbeit und Arbeitsorganisation

(Britta Busse/Peter Bleses/Rebecca Kludig)

Der arbeitswissenschaftliche Fokus der Analysen lag auf der Frage, welche Herausforderungen sich in der ambulanten Pflege durch die Einführung digitaler Technik (MDA) in der Pflegearbeit und ihrer Organisation ergeben sowie welche Potenziale im Technikeinsatz hinsichtlich einer verbesserten Arbeitsqualität für Pflege- und Führungskräfte liegen. Dazu wurden die Arbeits- und Organisationsprozesse aus den verschiedenen Perspektiven der Beteiligten durchleuchtet. Es sollte sichtbar gemacht werden, welche alltäglichen Prozesse der Arbeit und Zusammenarbeit derzeit wie organisiert sind, wie gut sie ablaufen, wie sie bereits durch Technikeinsatz unterstützt werden und wo Technikeinsatz in welcher Weise sinnvoll unterstützen könnte. Dabei wurde eine Analyse durchgeführt, die einerseits dezidiert auf erkennbare Ressourcen und ‚Lücken‘ des gegenwärtigen Organisationsprozesses und Technikeinsatzes sowie andererseits auf deren Auswirkungen auf die Arbeitsqualität abzielt. Schließlich ist das Projektziel, gut laufende Prozesse weiter zu unterstützen und aus ihnen zu lernen sowie erkennbare Schwierigkeiten durch Reorganisation und ggf. Technikunterstützung anzugehen. Der Fokus auf die Arbeitsqualität der Beteiligten ergibt sich dabei zum einen aus der oben geschilderten starken Belastung der Pflegekräfte und Führungskräfte sowie aus der Annahme, dass eine durch den Technikeinsatz verbesserte Arbeitsqualität auch zur Technikakzeptanz bei allen Beteiligten beiträgt, die als Voraussetzung dafür anzusehen ist, dass die technischen Nutzenpotenziale überhaupt realisierbar werden.

Trotz aller Technikfokussierung war die Analyse jedoch nicht ‚technikgläubig‘. Ausgangspunkt war nicht die Überlegung, dass mit digitaler Unterstützung alle Arbeits- und Organisationsprozesse besser laufen und die Arbeitsqualität grundsätzlich gesteigert wird. Vielmehr sollten auch die Prozesse und Austauschbeziehungen erkennbar werden, die aus Sicht der Beteiligten nicht digitalisiert werden sollten (in der Analyse wurden hier etwa der persönliche Blick auf die Patient_innen oder der persönliche Austausch mit Kolleg_innen und Führungskräften genannt).

In vorangehenden Analysen (Bleses/Jahns 2016; Bleses et al. 2013) hat sich bereits gezeigt, dass die Themen Arbeitsorganisation, Kommunikation und Information erstens einen zentralen Stellenwert für die Arbeitsqualität in der ambulanten Pflege sowie deren guter Organisation besitzen und zweitens auch diejenigen Punkte sind, die – neben dem Lernen – durch die MDA-Einführung im Kern tangiert sind. Daher bilden diese Themen auch die Schwerpunkte unserer nachfolgenden Schilderung der arbeitswissenschaftlichen Analyseergebnisse. Schnittpunkte zu den Bereichen ‚Lernen‘ sowie ‚technische Umsetzung‘ werden zwar erkennbar, aber nicht ausgeführt, um Doppelungen zu vermeiden. Die Schilderungen zu diesen Themen bleiben den anschließenden Unterkapiteln vorbehalten.

3.1.1 Strukturelles

3.1.1.1 Strukturelle Rahmumgebung

Ressourcen

Eine große strukturelle Ressource für einen der beteiligten Pflegedienste ist die Einbettung in einen größeren Unternehmenszusammenhang. Obwohl der Pflegedienst selbst klein ist (weniger als 20 Beschäftigte), können insbesondere die Mitarbeiter_innen aus der Verwaltung auf ein großes Unterstützungsnetzwerk im Hintergrund zurückgreifen. So wurde beispielsweise auch die Einführung von MDA durch die Erfahrungen gestützt, die bereits in anderen Bereichen der übergeordneten Organisation gemacht wurden. Für Leitungs- und Pflegekräfte bietet sich darüber hinaus die Möglichkeit, von den Weiterbildungsprogrammen der großen Organisation zu profitieren.

Der zweite an KOLEGE beteiligte Pflegedienst bietet neben ambulanter Pflege auch hauswirtschaftliche Dienstleistungen an. Hier wird durch die Einführung des neuen Pflegegesetzes großes Potenzial für die Entwicklung und Vernetzung beider Bereiche gesehen.

Beide Unternehmen können außerdem auch auf externe Unterstützung zurückgreifen. Dies geschieht zum Beispiel durch einen zentralen Notdienst, der als Telefonzentrale außerhalb der Büroöffnungszeiten für die Pflegekräfte jederzeit erreichbar ist und die auflaufenden Anrufe für den Bereitschaftsdienst filtert. Beim Bereitschaftsdienst kommt nur noch das an, was sofort oder für den kommenden Tag geregelt werden muss. Der Rest wird als Protokoll an die Pflegezentralen weitergegeben. Außerdem helfen Kooperationen zu Stammapotheken, die Rezepte besorgen und Medikamente an die Pflegedienste liefern.

Eine wesentliche Ressource für alle Pflege- und Führungskräfte in den Pflegediensten ist ein hohes Maß an intrinsischer Motivation, die der täglichen Arbeit die Sinnhaftigkeit verleiht:

„Wir machen das, um Menschen zu unterstützen“

Herausforderungen

Bestimmend für Herausforderungen in der ambulanten Pflege ist – wie in der Pflege generell – der Fachkräftemangel, aus dem teilweise extreme Anforderungen in Hinblick auf Flexibilität und Ressourcen aller Mitarbeiter_innen der Pflegedienste resultieren. In beiden in KOLEGE beteiligten Unternehmen müssen Beschäftigte aus der Pflegezentrale in Zeiten, die durch einen hohen Krankenstand gekennzeichnet sind, auf den Pflegetouren einspringen. In der Folge müssen Arbeiten, die im Büro hätten erledigt werden müssen, nachgearbeitet werden. Besonders kleine Pflegedienste stehen bei Personalausfällen schnell mit dem Rücken zur Wand. Die ambulante Pflege ist – wie die Alten- und Krankenpflege im Allgemeinen – eine Branche mit hohem Krankenstand (Badura et al. 2017).

Darüber hinaus ergeben sich insbesondere bei kleineren Pflegediensten neben den geringen finanziellen Ressourcen zusätzliche Belastungen dadurch, dass die Patient_innenzahlen Schwankungen ausgesetzt sind, was die Planbarkeit der kommenden Anforderungen und des Unternehmensalltags erheblich erschwert.

Von den Unternehmensleitungen wurde außerdem betont, dass ambulante Pflegedienste einem permanenten Druck von außen ausgeliefert sind, der durch Prüfungen des MDK, ein hohes Maß an Bürokratisierung sowie negative und teilweise falsche Berichterstattung in den Medien verursacht wird. Im Verbund mit den nach oben ‚gedeckelten‘ abrechenbaren Kosten sind die Spielräume der Pflegedienste begrenzt, die Rahmenbedingungen für ihre Beschäftigten zu verbessern.

Entwicklungsideen

An strukturellen Rahmengebungen wie Fachkräftemangel und geringen finanziellen Ressourcen kann die Einführung digitaler Tourenbegleiter nichts ändern. Dennoch können sie dazu beitragen, die Arbeitsbelastung der Mitarbeiter_innen durch Bereithalten von sicherheitsvermittelnden Informationen und geregelten Kommunikationsmöglichkeiten zu verringern. Geringere Arbeitsbelastungen könnten zu geringerem Krankenstand führen und den Unternehmen wieder mehr Spielräume verschaffen, wenn die Pflegekräfte den Technikeinsatz für sich zu schätzen wissen.

Ein zusätzlicher Nutzen, den Pflegedienste aus dem Einsatz digitaler Technik ziehen könnten, setzt eine direkte Vernetzung mit externen Kooperationspartnern wie Ärzten, Apotheken, Krankenkassen oder den sozialen Diensten der Krankenhäuser voraus. Dazu müssten alle Einrichtungen mit einem anschlussfähigen System arbeiten. Hierfür fehlen derzeit nicht nur die technischen Voraussetzungen. Es fehlen auch die Akteure, die eine Gestaltung einheitlicher Systeme und Schnittstellen zwischen den Systemen vorantreiben könnten.

3.1.1.2 Unternehmensführung

Ressourcen und Herausforderungen

Abgesehen von den von außen bestimmten Strukturen, in denen sich ambulante Pflegedienste bewegen, haben sie die Möglichkeit, den Erhalt guter Arbeitsqualität für ihre Mitarbeiter_innen durch organisatorische Maßnahmen von innen zu unterstützen. Ein wichtiger Eckpfeiler dafür ist eine beteiligungsorientierte Organisationsführung, die es allen Beschäftigten ermöglicht, Kritik zu äußern und eigene Vorschläge einzubringen. Nur so ist eine Identifikation mit dem Unternehmen möglich. Ist ein ambulanter Pflegedienst in einen größeren Organisationszusammenhang eingebettet, kann es unter Umständen lange dauern, bis Veränderungswünschen von Mitarbeiter_innen nachgekommen werden kann. Allerdings können Maßnahmen, die in solchen Unternehmensstrukturen eingebunden sind und in verbindlichen Regelungen resultieren, sehr nachhaltig sein.

Innerhalb der Pflegezentrale hat sich in beiden untersuchten Pflegediensten gezeigt, dass klare Aufgabenteilungen und Zuständigkeiten zu einem effizienten, verlässlichen und transparenten Arbeiten führen sowie zur Herausbildung von funktionellen Expert_innen für bestimmte Gebiete. Auch die Pflegekräfte schätzen die transparente Aufgabenteilung, weil sie ihnen Klarheit über Ansprechpartner_innen vermittelt. Dies hat jedoch insofern einen Nachteil, als dass Vertretungen meist weniger Erfahrung und Wissen auf dem jeweiligen Gebiet haben.

Entwicklungsideen

Die MDA könnten die Transparenz über die jeweiligen Zuständigkeiten (und deren Entwicklung über die Zeit) unterstützen, wenn Informationen darüber beständig aktualisiert hinterlegt würden. Zudem könnte wochen- oder tagesaktuell hinterlegt werden, wer Dienst hat und für welche Aufgabe zuständig ist.

3.1.2 Zusammenarbeit

Ressourcen

Eine zentrale Ressource in beiden ambulanten Pflegediensten ist die gute Zusammenarbeit im Team, die sowohl von den Führungs- als auch von den Pflegekräften betont wird. Das kollegiale Miteinander, die hohe gegenseitige Verlässlichkeit und Unterstützung tragen dazu bei, dass die Mitarbeiter_innen sich trotz hoher Arbeitsanforderungen wohl fühlen und mit Schwierigkeiten besser umgehen können. Innerhalb der Pflegezentralen werden außerdem kurze Kommunikationswege sehr geschätzt, die einen schnellen Austausch untereinander ermöglichen.

Von Seiten der Pflegekräfte beider Unternehmen wurde betont, dass dringende Angelegenheiten durch die Büroteams schnell und zuverlässig bearbeitet werden und dass im Notfall immer die Pflegedienstleitung oder eine Stellvertretung erreichbar sind. Auch in schwierigen Situationen auf der Tour können die Pflegekräfte jederzeit auf die Unterstützung durch die Führungskräfte zählen.

„Sie stehen hinter uns, wenn irgendwas ist“

In der Pflegezentrale kann ein gutes Zusammenspiel von Pflegekräften und Führungskräften durch gezielt organisierte Maßnahmen unterstützt werden. Bereits die Einarbeitung neuer Mitarbeiter_innen kann individuell abgestimmt und unternehmerische Zusammenhänge können ganzheitlich erklärt werden, damit Hintergründe und Abläufe für alle besser nachvollziehbar werden.

Herausforderungen

Auch wenn die Zusammenarbeit in den Pflegediensten sehr oft gut funktioniert, stellen sich auch Herausforderungen. In einem der beteiligten Unternehmen zeigte sich dies etwa darin, dass Pflegekräfte ihre Anliegen von der Leitungsebene nicht immer ausreichend wahrgenommen sehen. Sie haben manchmal das Gefühl, zu wenig an Entscheidungsprozessen beteiligt zu werden. So hätten die Führungskräfte einen starken Fokus auf den reibungslosen Ablauf der Prozesse in der Zentrale, würden aber die Zusammenarbeit und die Folgen von Entscheidungen für die Pflegekräfte nicht immer genügend im Blick haben. Diesbezüglich erwarten die Pflegekräfte eine stärkere Berücksichtigung ihrer Anliegen und einen stärkeren Einbezug in die Gestaltungsprozesse.

Entwicklungsideen

In den beiden beteiligten Unternehmen zeigten sich insgesamt sehr positive Einschätzungen zur Zusammenarbeit in den Teams. Durch die Nutzung von MDA könnte dies noch gestärkt werden, indem Kommunikation und Informationsvermittlung höhere Verlässlichkeit durch Verschriftlichung, Rückmeldungen und elektronische Hintergrundinformationen (z.B. Uhrzeiten von Eintragungen) erhalten. Ein insgesamt unkomplizierter und schneller Datenaustausch, der durch MDA möglich wäre, würde zudem die Zusammenarbeit erleichtern. In dem Unternehmen, das bislang keine MDA oder Diensthandys einsetzt, könnten MDA zusätzlich zu einer schnellen unterstützenden Kommunikation auf der Tour zur Zentrale und anderen Pflegekräften beitragen.

Ein weiteres Thema der Gestaltung einer guten Zusammenarbeit sind Pflegevisiten: Diese werden von Pflegekräften oft wie Prüfungssituationen wahrgenommen und daher eher als Belastung im Alltag empfunden. Dem kann arbeitsorganisatorisch entgegengewirkt werden, indem sie als Unterstützungsangebot an die Pflegekräfte vermittelt und gelebt werden.

Außerdem kann durch die Verbindung von Leitungs- und Pflegekräfteebene die jederzeitige Unterstützung bei der Dokumentation gewährleistet werden, wenn - wie in einem der beiden beteiligten Unternehmen - die PC für die Pflegekräfte im Büro der für das Qualitätsmanagement zuständigen Person stehen. Diese kann jederzeit angesprochen werden und bei akuten Problemen mit der Dokumentation sofort Hilfe leisten. Der Nachteil dieser Organisation ist, dass die für das Qualitätsmanagement zuständige Person häufiger in ihrer eigenen Arbeit unterbrochen wird. Alternativ zu diesem Modell wäre es denkbar, Dokumentations-teams (z.B. bestehend aus einer Pflegehilfs- und einer Pflegefachkraft) zu bilden, die zu einem bestimmten Zeitpunkt gemeinsam an Dokumentationen arbeiten und voneinander lernen können.

3.1.3 Kommunikation und Information

3.1.3.1 Übergaben

Ressourcen

Für die Pflegekräfte beginnt der Arbeitstag mit der Rüstzeit. Hier findet neben dem Zusammensuchen von Pflegematerialien und Schlüsseln auch der erste Informationsaustausch statt, der von zentraler Bedeutung für die Tourvorbereitung ist. Gerade der persönliche Austausch mit den anderen Pflegekräften wird als wichtige Stütze zur Tourvorbereitung empfunden, da die Kolleg_innen so rechtzeitig Hinweise dazu geben können, wie z.B. zur Mitnahme bestimmter Unterlagen.

„Wenn Du zu diesem Klienten fährst, nimm doch mal die Informationsmappe für ihn mit“

Nach einer Pflgetour findet die Übergabe als Basis zur Arbeitsvorbereitung der anschließenden Dienste statt. In der Regel erfolgt die Übergabe an die Pflegedienstleitung oder eine andere Kraft aus der Pflegezentrale. Die Möglichkeit, direkt nach der Tour Informationen persönlich weiterzugeben, wird von den Pflegekräften sehr geschätzt, insbesondere wenn es darum geht, dass emotionale Unterstützung oder Rat benötigt werden. In einem der beiden Pflegedienste gibt es immer eine zuständige Person aus dem Leitungsteam, die ausschließlich für die Übergaben an einem Tag zuständig ist. Dadurch können einerseits die anderen Beschäftigten in der Pflegezentrale konzentriert ihren Aufgaben nachgehen und andererseits wissen die Pflegekräfte immer, an wen sie sich wenden können, damit die Informationen aus der Übergabe zuverlässig bearbeitet werden. Die zusätzliche Nutzung eines Übergabebogens begünstigt hier zudem eine strukturierte Vorbereitung der Übergabe und enthält ein Kästchen für Rückmeldungswünsche, das von den Pflegekräften angekreuzt werden kann, wenn sie darüber informiert werden möchten, wie eine Angelegenheit weiterbearbeitet wurde. Das eingeführte Rückmeldungssystem führt hier zu mehr Sicherheit bei den Pflegekräften, zudem fühlen sie sich durch eine gute Rückmeldung vom Leitungsteam wertgeschätzt und ernst genommen:

„Wenn ich um Rückmeldung im Büro (aber auch unter Kolleg_innen) zu einem Anliegen bitte, dann funktioniert das meistens auch und wird zügig abgearbeitet“

Herausforderungen

Eine zentrale Herausforderung in der Rüstzeit ist das Zusammensuchen aller nötigen Informationen. Hierzu werden das aus Datenschutzgründen speziell gesicherte Übergabebuch (sofern vorhanden) oder anderweitig schriftlich festgehaltene Informationen für die bevorstehende Tour gelesen (z.B. Zettel in Fächern der Pflegekräfte). Zum Teil tauschen die Pflegekräfte auch während der Rüstzeit im Frühdienst Informationen aus. Schwierig ist hierbei, dass relevante Informationen auf verschiedenen, nicht immer ausreichend abgestimmten Wegen kommuniziert werden. Durch die Beobachtung in einem der beiden Unternehmen wurde deutlich, dass bis zu sieben verschiedene Wege der Kommunikation im Alltagsgeschäft genutzt werden. Hierzu gehören Übergabebuch, Kurzmitteilungszettel, Pflegedokumentation (die bei den Patient_innen verbleibt), persönliche Gespräche, telefonischer Austausch vom Büro, telefonischer Austausch von unterwegs (MDA oder privates Telefon) oder von daheim, Fax. Dadurch ergeben sich oft doppelte und evtl. nicht vollkommen identische Informationsweitergaben. Für die Frühschicht, die um 6:00 Uhr startet,

gilt, dass direkte mündliche Übergaben mit der Pflegedienstleitung oder anderen Personen aus der Pflegezentrale noch nicht möglich sind. Um dieser Schwierigkeit entgegenzuwirken, greifen die Pflegekräfte auf schriftliche Notizen zurück. Bei diesem Verfahren stellen sich allerdings täglich wiederkehrende Herausforderungen. Zum einen ist es erforderlich, dass gerade vor Beginn der Frühschicht mehrere Pflegekräfte gleichzeitig die für sie nötigen Informationen einholen, was z.B. zu einer zeitweisen Überfrequentierung des Übergabebuchs führt. Daneben stellt es sich teilweise als schwierig dar, handschriftliche Notizen zuverlässig zu entziffern. Zum Teil gehen Informationszettel auch einfach verloren oder werden nicht gesehen. So sind die Pflegekräfte insbesondere bei einer knapp bemessenen Rüstzeit bereits vor Start der Tour der Belastung ausgesetzt, sich unter Zeitdruck aus verschiedenen Quellen neben anderen Kräften die jeweils für sie relevanten Informationen zu besorgen, die sie auf den Touren benötigen.

Ein besonderer Fall der Tourvorbereitung ergibt sich für die Pflegekräfte insbesondere nach längerer Abwesenheit (Urlaub oder Krankheit) oder falls sie nur selten bei bestimmten Klient_innen im Einsatz sind (Springer oder Wochenenddienst). In diesen Fällen müssten die Pflegekräfte die aufgelaufenen Informationen zu ihrer Tour bis zu ihrem letzten Einsatz zurückverfolgen. In der Praxis ist dies allerdings nicht immer möglich, da einerseits nicht alle Informationen über einen längeren Zeitraum außerhalb der bei den Patient_innen verbleibenden Dokumentation einfach zugänglich vorgehalten werden (dies gilt insbesondere für Kurzmitteilungen und persönlich übermittelte Zusatzinformationen von einer Pflegekraft zur nächsten). Andererseits würde eine derart umfangreiche Informationssuche den zeitlichen Rahmen der Rüstzeit überschreiten. In diesem Zusammenhang wünschen sich die Pflegekräfte eine persönliche Übergabe durch die Pflegedienstleitung als Tourvorbereitung. Auch bei der Übernahme neuer Patient_innen mit komplexen Pflegeleistungen besteht von Seiten der Pflegekräfte der Wunsch nach einer persönlichen Einführung, dies kann auch durch die Begleitung der Pflegekraft erfolgen, die bislang dieser/m Patient_in zugeteilt war.

Nach der Tour ergibt sich gerade bei kleinen Pflegediensten häufig die Situation, dass eine Person aus der Pflegezentrale nicht nur die Übergabe von mehreren Pflegekräften, deren Touren nahezu zeitgleich enden, übernehmen muss, sondern parallel weitere Aufgaben erledigen soll (z.B. Gespräche am Empfangstresen führen, Telefonanrufe annehmen, aktuelle Touren planen etc.). Laufen Übergaben unter derart stressbelasteten und unterbrechungsanfälligen Voraussetzungen ab, entsteht bei den Pflegekräften Unsicherheit darüber, ob die wichtigen Informationen, die sie vermitteln wollen, tatsächlich bei allen Adressaten ankommen und ob wichtige Anliegen bearbeitet werden. In der Folge werden häufig zusätzliche Mitteilungszettel geschrieben oder weitere Personen in der Pflegezentrale informiert, was wiederum zu einer Doppelung von Informationen über verschiedene Kommunikationswege führt. Außerdem kommt es vor, dass Pflegekräfte zur Absicherung von zu Hause aus nochmals beim Pflegedienst oder direkt bei Kolleg_innen anrufen, um beruhigt in den Feierabend gehen zu können.

Für Pflegekräfte aus der Spätschicht und bei Wochenend- und Feiertagsdiensten steht grundsätzlich kein/e persönlicher Ansprechpartner_in für die Übergabe nach der Tour zur Verfügung. Hier bleibt nur, die Übergaben schriftlich zu vermitteln. Auch hier ist eine Regelung über die Art der Informationsvermittlung (Übergabebögen, E-Mails, Kurzmitteilungen etc.) sowie über die Inhalte (nur Besonderheiten/ Neuerungen oder alle bekannten Informationen?) geboten. Insbesondere bei der Informationsübermittlung vom Spätdienst zum Frühdienst stellen sich besondere Herausforderungen: Spätdienste enden teilweise so spät, dass die Pflegekräfte noch wenig Energie besitzen, zu allen Dingen eine sofortige Übergabe schriftlich zu formulieren. Sie veranlassen dann nur das Nötigste, aber darüber hinaus wären weitere Übergabeinformationen für den folgenden Frühdienst oft sinnvoll, die diesen dann aber nicht mehr erreichen, wenn die Informationen erst am nächsten Vormittag weitergegeben werden (z.B. wenn Patient_innen früher als üblich versorgt werden möchten). Wenn dann Patient_innen verärgert reagieren, kann das Auswirkungen auf den Arbeitstag der folgenden Pflegekraft haben. Eine weitere Schwierigkeit ergibt sich für den Spätdienst bei der Übergabe an mehrere Adressaten. Sofern die Informationen handschriftlich aufgenommen werden, muss die Pflegekraft nach ihrer Spätschicht die Übergabe schreiben, für alle Adressaten kopieren und an den entsprechenden Stellen hinterlegen. Teilweise scheitert ein solches Verfahren schon daran, dass Kopierer nicht zuverlässig funktionieren bzw. abends nicht mehr auf sie zugegriffen werden kann.

Im Rahmen der Analysephase wurde mehrmals erwähnt, dass es vorkommt, dass Pflegekräfte vergessen, bestimmte Informationen bei der persönlichen Übergabe zu erwähnen bzw. bei einer schriftlichen Übergabe zu notieren. Teilweise machen Pflegekräfte sich selbst auf der Tour Notizen auf Zetteln, die dann trotzdem vergessen werden können. Vergisst eine Pflegekraft der Frühschicht z.B. zu erwähnen, dass einer Klientin an diesem Morgen keine Kompressionsstrümpfe angezogen wurden, kann es vorkommen, dass der Spätdienst für das Ausziehen der Strümpfe zu dieser Klientin fährt, obwohl diese Station aus der Tour hätte herausgenommen werden können.

Entwicklungsideen

Um Unsicherheiten im Rahmen der Übergaben entgegenzuwirken, müssen Regelungen für den Ablauf von Übergaben getroffen werden, die Ansprechpartner, zu nutzende Kommunikationswege (persönlich und schriftlich) und Prozedere klar benennen. In beiden Unternehmen wurde der hohe Stellenwert von persönlichen Übergaben deutlich, um die Handlungssicherheit auf der Tour zu erhöhen, um Unterstützung in schwierigen Situationen zu erhalten und um eigenverantwortliche Entscheidungen bei Patient_innen reflektieren zu können.

Da von der Übergabe nicht nur der Arbeitseinsatz der Pflegekraft betroffen ist, die die Tour übernehmen soll, sondern auch der der Pflegedienstleitung oder weiteren Pflegekräften, erscheint es notwendig, geregelte Verfahren der Informationsweitergabe und der Informationsaufnahme zu entwickeln und dabei auch die Einbeziehung einer ausreichenden Rüstzeit (einschließlich inhaltlicher Vorbereitung) in die Arbeitszeit zu bedenken.

Für die Tourvorbereitung bietet der Einsatz von MDA (nicht nur in den geschilderten Sonderfällen) Potenzial zur Entschärfung von stressbelasteten Situationen vor Tourbeginn. Bei persönlich zugeordneten Geräten, die von den Pflegekräften mit nach Hause genommen werden dürfen und auch hier aktualisiert werden können, besteht für die Pflegekräfte die Möglichkeit, sich bereits am Vortag über die bevorstehende Tour zu informieren. Bei einer frühzeitigen Bereitstellung der Tourenpläne ist es unter Umständen sogar möglich, sich mit anderen Pflegekräften rechtzeitig über die Versorgung bestimmter Klient_innen auszutauschen und dadurch mit mehr Sicherheit in die Tour zu starten. Voraussetzungen hierfür sind die Verfügbarkeit von Geräten, der Zugriff auf die Software sowie der versierte Umgang mit Software und Geräten. Von vielen Pflegekräften wurde eine digitalisierte Übergabefunktion gewünscht. Diese soll ihnen die frühzeitige Einsicht in relevante, „kurz und knackig“ aufbereitete Informationen ermöglichen, ohne auf die Zugriffsmöglichkeit warten, Handschriften entziffern oder mühselig länger zurückliegende Informationen an verschiedenen Stellen zusammensuchen zu müssen.

Ein digitalisiertes Übergabeformular könnte ebenso Funktionen des MDA nutzen, damit schon während der Tour von den Pflegekräften schnell Informationen hinterlegt und gespeichert werden könnten, sodass möglichst wenige Informationen vergessen und deshalb nicht weitergegeben werden. Die Möglichkeit, den MDA als Gedächtnisstütze einsetzen zu können, wurde von allen Pflegekräften begrüßt, da hierdurch einerseits eine hohe Pflegequalität unterstützt würde und andererseits der Druck genommen würde, nichts vergessen zu dürfen.

Durch die digitalisierte Übergabe könnte auch dem eingangs erwähnten Problem der Nutzung verschiedener Kommunikationswege begegnet werden. Die zentrale Herausforderung bei einer digitalisierten Übergabe oder Informationssammlung besteht wiederum darin, klare Vereinbarungen zu treffen, welche Informationen auf welchen Wegen kommuniziert werden, inwieweit der Zugriff auf dienstlich relevante Informationen in der Freizeit ermöglicht werden und in welcher Art dies in die Arbeitszeiterfassung einfließen soll.

Mithilfe von MDA können darüber hinaus Rückmeldungen sofort nach dem Lesen einer Meldung gegeben werden. Dies lässt sich in beide Richtungen nutzen, zum einen, wenn Pflegekräfte Rückmeldungen zu Aspekten aus ihrer Tour brauchen und zum anderen wenn Führungskräfte digital Dokumente bereitstellen oder aktualisieren oder sonstige Benachrichtigungen einstellen. Hier ließen sich verschiedene Formen von

Rückmeldungen einbauen, wie beispielsweise Lesebestätigungen oder Bestätigungen der Übernahme einer bestimmten Aufgabe (Klärung von Zuständigkeiten). Auch automatisierte Rückmeldungen könnten dabei helfen, Fehler bei der Angabe von erbrachten Leistungen zu minimieren.

3.1.3.2 Dokumentation

Ressourcen

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Nachbereitung von Pflgetouren ist die Pflegedokumentation. Diese dient als Grundlage für einen Überblick über den Pflegeverlauf, Wundheilungsprozesse und die Abrechnung der erbrachten Leistungen. Insofern stellt die Dokumentation für die Arbeiten der ambulanten Pflege die finanzielle und rechtliche und qualitative Absicherung dar und gibt den Pflegekräften darüber hinaus Handlungsorientierung. Die Notwendigkeit einer lückenlos und gut geführten Pflegedokumentation wird im Grundsatz von allen Führungs- und Pflegekräften anerkannt.

Herausforderungen

Allerdings sind im Zusammenhang mit der Pflegedokumentation auch verschiedene Herausforderungen zu beobachten. Zum einen wird die Dokumentation von vielen Pflegekräften als eine unangenehme, zusätzliche Aufgabe empfunden. Sie zählt für diese Pflegekräfte – wenigstens in dem notwendigen Umfang und in der institutionell veranlassten Form, die insbesondere auch Prüfungszwecken des MDK unterliegt – nicht zu den ‚eigentlichen‘ Pflegeaufgaben und kostet sie in ihren Augen viel Zeit, die für die Patient_innenversorgung verloren geht. Zudem stellen die Pflegedienste gegenwärtig die Dokumentation auf das sog. ‚vereinfachte Verfahren‘ mit der „Strukturierten Informationssammlung“ (SIS) um, das den Pflegekräften und -diensten zwar Erleichterungen in Art und Umfang der Dokumentation verschaffen soll, aber von den Pflegekräften auch ein Umdenken in den schriftlichen Textteilen der Dokumentation verlangt. Hier müssen die Pflegekräfte noch lernen und sich darauf einstellen.

Auf Seiten der Führungskräfte wurde betont, dass in der Pflegedokumentation häufig Handzeichen vergessen oder falsch gesetzt werden. Ebenso wurde von den Führungskräften das unvollständige oder falsche Ausfüllen von Formularen bemängelt. Die Korrektur dieser Unstimmigkeiten verursacht einen enormen zusätzlichen Zeitaufwand in der Pflegezentrale.

Eine Notwendigkeit im Zusammenhang mit der Pflegedokumentation, die von Pflegekräften bemängelt wurde, ist die doppelte Dokumentation: zuerst erfolgt die Dokumentation vor Ort bei den Patient_innen und in regelmäßigen Abständen werden die Dokumentationsmappen in die Pflegezentrale mitgenommen, um sie hier in die genutzten Programme (in der Regel Branchensoftware) zu übertragen. Die Notwendigkeit der Dokumentation vor Ort erstreckt sich auch auf die (beschreibende) Wunddokumentation, damit Ärzte sie dort jederzeit einsehen können. Wundprotokolle sind unter Umständen schwer zu beurteilen und weniger aufschlussreich als Fotos, die einen Wundverlauf anzeigen könnten. Da die schriftlichen Teile der Pflegedokumentation nur von examinieren Kräften vorgenommen werden (dürfen), ergibt sich eine zusätzliche Belastung für das ohnehin stark geforderte Fachpersonal. In dem Unternehmen, das bislang keine MDA einsetzt, laufen außerdem Erstbesuche ohne technische Begleitung ab, sodass die gesamte Erstaufnahme nach der Tour in den PC der Pflegezentrale übertragen werden muss.

Entwicklungsideen

In Bezug auf die nachträgliche Digitalisierung der Pflegedokumentation können MDA auf verschiedene Weise helfen. So kann deren Einsatz dem unvollständigen oder fehlerhaften Ausfüllen von Formularen, die zur Pflegedokumentation gehören, entgegenwirken. Dazu müssten im MDA Vorgaben gespeichert sein, die das Ausfüllen bestimmter Felder in einem Formular erzwingen oder für bestimmte Positionen eine Vorauswahl an zulässigen Vermerken vorgeben.

Darüber hinaus scheint es lohnenswert, über Regelungen nachzudenken, die zu einer Entlastung der Pflegefachkräfte führen würden, z.B. indem Pflegehilfskräfte systematisch in die Bearbeitung der Pflegedokumentation einbezogen werden, sodass sie Fachkräfte hierbei unterstützen können, zumal manche Patient_innen mit Grundpflegebedarfen auch vorwiegend durch die Pflegehilfskräfte versorgt werden, die daher die Entwicklung dieser Patient_innen auch dauerhafter im Blick haben. Technische Unterstützung wäre insofern denkbar, dass Erinnerungsfunktionen auf wichtige Informationen, die sofort in die Dokumentation eingearbeitet werden müssen, aufmerksam machen. Außerdem wären zeitliche Regelungen als unterstützende Maßnahmen denkbar (z.B. die Vereinbarung von festen Zeitfenstern für die Bearbeitung der Pflegedokumentation).

Die Möglichkeit, die Pflegedokumentation schon bei den Patient_innen mithilfe der Eingabe in den MDA elektronisch erfassen zu können, wird einerseits als eine erhebliche Erleichterung eingeschätzt, die allerdings entsprechender gesetzlicher Regelungen bedarf, weil die Dokumentation derzeit auch bei den Patient_innen verbleiben muss. Andererseits befürchten die Pflegekräfte zum Teil auch, dass die digitale Dokumentation vor Ort dazu führen könne, dass die Patient_innen in ihren persönlichen Bedarfen dabei aus dem Blick geraten, sozusagen ‚hinter den Geräten‘ oder in der Software vorformulierten Textblöcken verschwinden.

Eine Besonderheit der Dokumentationsarbeit bei den Patient_innen ist die bereits angesprochene Wunddokumentation, die neben der Wundbeschreibung auch die fotografische Dokumentation des Wundverlaufs enthält. Sie dient der möglichst guten, lückenlosen und nachvollziehbaren Beurteilbarkeit der Wundentwicklung. Sofern der Datenschutz gewährleistet wird und weiterhin eine zusätzliche Vor-Ort-Beschreibung der Wundentwicklung (vor allem für Ärzte) bei den Patient_innen verbleibt, kann der Zugriff auf diese Dokumentation auf dem MDA die schnelle Handlungsfähigkeit der Pflegekräfte auf der Tour unterstützen. Sie können die Wunde in ihrem Verlauf bereits zuvor einschätzen, ggf. mit der Pflegedienstleitung oder einer anderen Pflegefachkraft beraten und dann bei den Patient_innen mit dem Istzustand vergleichen. Eine solche Funktion findet sich teilweise schon in Branchensoftware, könnte allerdings auch als Zusatzmodul für Pflegedienste angeboten werden, die bislang keine Lösung hierfür haben.

3.1.3.3 Organisierte Versammlungen und Besprechungen

Ressourcen

In beiden teilnehmenden Pflegediensten gibt es regelmäßig organisierte Kommunikation in Form von Mitarbeiterversammlungen, Team- oder Fallbesprechungen. Von den Pflegekräften werden diese Möglichkeiten des persönlichen Austauschs hoch geschätzt, da sich hier die Möglichkeit eröffnet, die alltäglichen Belastungen, Unterstützungsbedarfe und aufkommende Fragen in einem größeren Zusammenhang als der persönlichen Übergabe unter vier Augen zu besprechen. Die Besprechungen mit mehreren Pflege- und Führungskräften sind daher ein wichtiger Stützpfiler, um den Pflegekräften Sicherheit für ihre tägliche Arbeit zu vermitteln.

Herausforderungen und Entwicklungsideen

Dennoch wird insgesamt die Austauschzeit im Team in der ambulanten Pflege als sehr knapp im Vergleich zur stationären Pflege empfunden. Hierdurch wird wiederum deutlich, dass die persönliche Kommunikation auch bei Technikeinsatz weiterhin eine wichtige Rolle spielen muss. Vor demselben Hintergrund wird von den Pflegekräften auch verlangt, dass die MDA die persönliche Übergabe in bestimmten Fällen zwar unterstützen können, aber nicht grundsätzlich ersetzen sollen. Im Gegenteil soll die persönliche Übergabe im Frühdienst als Regelform der Übergabe erhalten bleiben.

In Bezug auf die Fallbesprechungen wurde bemerkt, dass mit manchen patientenbezogenen Problemen nicht bis zur nächsten Fallbesprechung gewartet werden kann. Für die Besprechung solcher Fälle müssen

alternative Hilfestellungen bereitgestellt werden. Auch hier könnte der MDA helfen, indem sich Kolleg_innen auch ohne persönliche Begegnung über einen Fall austauschen können.

3.1.4 Qualitätsmanagement

Ressourcen

In den beteiligten Pflegediensten gibt es Vereinbarungen zu Verhaltensweisen in bestimmten Situationen (z.B. Notfallsituation) und standardisierten Verfahrensweisen, die im Rahmen von Mitarbeiterhandbüchern oder einem Qualitätsmanagementsystem festgehalten sind. Solche Hilfestellungen sind insbesondere dann wichtig für die Pflegekräfte, wenn sie in besonderen Situationen unsicher bezüglich dessen sind, was von ihnen erwartet wird. Unter Umständen können standardisierte Verfahren auch dabei helfen, Haftungsfragen (z.B. bei einem Unfall) zu klären.

Herausforderungen

Ohne technische Unterstützung müssten alle Pflegekräfte diese Vereinbarungen ausgedruckt auf der Tour dabei haben, um sich jederzeit entsprechend der betriebsinternen Vereinbarungen korrekt verhalten zu können. Tatsächlich stellen sich bei der Mitnahme solcher Ausdrucke aber Fragen in Bezug auf die Sinnhaftigkeit und auch die Belastung. Derartige Handbücher sind in der Regel umfangreich und bringen erhebliches Zusatzgewicht in die Pflageetasche, die von den Pflegekräften mitgenommen werden muss. Benötigt werden die entsprechenden Informationen hingegen nur selten und auch dann stellt sich die Frage danach, ob die mitgenommenen Ausdrucke noch dem aktuellen Stand entsprechen.

Entwicklungsideen

Die Zugänglichkeit von betriebsinternen Regelungen und Handbüchern über MDA würde zum einen keine zusätzliche Belastung für die Pflegekräfte bedeuten. Zum anderen wüssten sie, dass sie immer auf den aktuellsten hochgeladenen Stand zugreifen würden. Zudem könnten helfende Funktionen – wie Stichwortsuchen – zum schnellen Auffinden der gesuchten Informationen beitragen. Als Ergänzung zu langen textlastigen Erläuterungen eines Handbuchs wäre es außerdem denkbar, kurze alternative Inhaltsaufbereitungen zur Verfügung zu stellen, z.B. in Form von Comics oder Kurzfilmen. Damit die Digitalisierung dieses Bereichs möglich ist, ist es allerdings erforderlich, dass die damit verbundenen Zuständigkeiten (Wer übernimmt die Digitalisierung? Wer die nachhaltige Pflege der Inhalte? Wie wird über Neuerungen informiert?) geregelt und dauerhaft sichergestellt werden.

3.1.5 Zeitliche Regelungen

3.1.5.1 Tourenplanung

Ressourcen

Ein zentraler Berührungspunkt von Pflege- und Führungskräften ist die Tourenplanung. Bei der täglichen Zusammenstellung des Tourenplans ist die Pflegezentrale auf einen funktionierenden Informationsfluss angewiesen. Ergeben sich z.B. Veränderungen, die Auswirkungen auf die Spätschicht oder die weiteren Einsätze im Laufe der Woche haben, muss dies sofort in die Tourenplanung eingearbeitet werden. Die Pflegekraft der Frühschicht muss in diesem Fall die entsprechenden Informationen sofort an die Pflegezentrale weiterleiten, was in der Regel durch einen Anruf erfolgt.

Umgekehrt ist es für die Pflegekräfte von enormer Wichtigkeit, dass der Tourenplan so gestaltet wird, dass sie nicht permanent gegen den Zeitdruck ankämpfen.

„Es ist frustrierend, wenn man überpünktlich startet und dann trotzdem immer wieder den keifenden Hund spürt“

Durch Behinderungen im Straßenverkehr (z.B. Glätte, Müllautos in engen Straßen, Staus etc.) oder Verzögerungen bei einem/r Patient_in kann sich allerdings schnell eine Verzögerung durch den gesamten Arbeitstag ziehen, was wiederum Patient_innen verärgert. In den beteiligten Unternehmen wurde von den Pflegekräften bestätigt, dass sich die Tourenplanung bemüht, realistische Zeiten anzusetzen (was aber in den Augen der Pflegekräfte nicht immer gelingt oder nicht auf Dauer aktuell gehalten wird). Sofern es Abweichungen gibt, können diese im Nachhinein begründet werden, was von den Pflegedienstleitungen akzeptiert wird.

Die Pflegekräfte des Pflegedienstes, der bereits MDA einsetzt, betonen außerdem, dass sie die Freiräume, die ihnen durch die unkomplizierte Umplanung von einzelnen Stationen auf der Tour gegeben sind (Vorziehen von Patient_innen oder Tausch von Patient_innen unter Kolleg_innen, falls auf den Touren etwas dazwischenkommt), sehr schätzen. Dadurch werden sie in ihrer selbstständigen Arbeitsweise, die ein zentrales Merkmal in der ambulanten Pflege ist, zusätzlich unterstützt.

Herausforderungen

Schwierigkeiten in der Tourenplanung ergeben sich, sobald wichtige Informationen nicht umgehend weitergeleitet werden, weil die Pflegekraft vergisst, die Pflegezentrale anzurufen oder die Information erst bei der Übergabe nach ihrer Tour weitergibt. In der Folge muss unter Umständen ein bereits fertig gestellter Tourenplan noch einmal überarbeitet werden, was je nach Komplexität der Tour einen hohen Zeitaufwand bedeuten kann.

Besteht für Pflegekräfte nicht die Möglichkeit, ihren Tourenplan digital einzusehen, ergibt sich häufig die Situation, dass ihr Tourenplan fertiggestellt und ausgedruckt an sie weitergegeben wurde, kurzfristige Veränderungen jedoch nicht mehr nachgetragen werden können. Dies betrifft vor allem Wochenenddienste, deren Pläne am Freitagnachmittag fertiggestellt werden. Die Pflegekraft erfährt in diesem Fall erst vor Antritt der Tour von den Veränderungen, wenn sie entsprechende Vermerke in ihrem Fach vorfindet oder – sofern die Informationen zusätzlich per E-Mail verschickt werden – zum Zeitpunkt des Lesens der E-Mail. Informationen zum Beginn der Tour erhält die Pflegekraft dann unter Umständen zu spät.

Entwicklungsideen

Digitale Unterstützung kann im Rahmen der Tourenplanung sowohl auf Seiten der Tourenplaner als auch auf Seiten der Pflegekräfte eingesetzt werden. Die Berücksichtigung von Zeitpuffern sowie von vorhersehbaren Verkehrsbehinderungen (z.B. bekannte Baustellen) in der Tourenplanung kann die Stressbelastung von Pflegekräften auf der Tour maßgeblich verringern. Damit langfristige und bekannte Verkehrsbehinderungen nicht jeden Tag erneut von den Pflegekräften gemeldet werden müssen, um sie in der Tourenplanung zu berücksichtigen, könnte eine digitale Erinnerungsmeldung die Tourenplanung diesbezüglich unterstützen (die Funktion könnte dann auch regelmäßig nachfragen, ob die Verkehrsbehinderung weiterhin besteht).

Bezüglich zu spät eingehender Informationen für die Tourenplanung könnte ein Kurzmitteilungssystem im MDA Abhilfe schaffen, das es ermöglicht, zumindest die Kerninformation bereits bei dem/r Patient_in zu erfassen und an die Pflegezentrale weiterzuleiten. Anders als bei einem Telefonat müsste nicht auf eine/n freie/ zuständige/n Gesprächspartner_in gewartet werden, dennoch wäre die Information sicher überbracht.

Für die Übermittlung von Tourenplänen inklusive kurzfristiger Aktualisierungen würde ein Zugriff auf die zugeordnete Tour mittels eines MDA Abhilfe schaffen, wobei Regelungen für die Vorbereitung auf den Dienst von Zuhause getroffen werden müssen (siehe hierzu auch 3.1.5.2).

Sondersituation bei den Patient_innen

Ressourcen

Die Patient_innen werden durch beständig aktualisierte Besuchspläne über Zeitfenster der voraussichtlichen Ankunft der Pflegekraft sowie deren Namen in Kenntnis gesetzt. Funktioniert dieses System, profitieren sowohl der Pflegedienst als auch die Patient_innen von der vermittelten Verlässlichkeit.

Herausforderungen

Allerdings ist der Alltag der ambulanten Pflegedienste durch kurzfristige Änderungen gekennzeichnet, auf die schnell reagiert werden muss (z.B. wegen Entlassungen von Patient_innen aus dem Krankenhaus oder Krankmeldungen von Pflegekräften). Werden Patient_innen nicht oder zu spät über Änderungen informiert, reagieren sie der Pflegekraft gegenüber verärgert. Häufig wurde auch erwähnt, dass Patient_innen minutengenau auf das pünktliche Erscheinen der Pflegekraft pochen und dabei manchmal auch übersehen, dass die Ankunftszeit ein Zeitfenster ist (z.B. 8.30 Uhr +/- 15 Minuten). Verärgerte Patient_innen können den Alltag der Pflegekräfte maßgeblich trüben.

Entwicklungsideen

Die Tourenplanung könnte die Pflegekräfte mithilfe des MDA unterstützen, wenn voraussehbar ist, dass bei einem Patient_innenbesuch zeitaufwändige Vorgänge durchgeführt werden müssen, wie beispielsweise bei Erstbesuchen oder Beratungen. Neben der hinlänglichen Zeitplanung können z.B. auch nötige Materialien digital verfügbar gemacht werden. Hier könnte ein digitales ‚Beratungsmenü‘ entwickelt werden, durch das die Pflegekraft geleitet wird. Dadurch würde nichts vergessen und die Eingaben wären zur Weiterverarbeitung in der Zentrale bereits digital verfügbar. Komplexe Themen wie die Organisation der Pflegeversicherung und zugehöriger Leistungen können mithilfe von MDA anschaulich visualisiert werden. In einem der beteiligten Unternehmen wurde außerdem bemerkt, dass die Nutzung eines Tablets bei Erstbesuchen von vielen Patient_innen als Zeichen der Kompetenz gedeutet wurde.

Eine zusätzliche Möglichkeit der Tourenplanung, den Pflegekräften mehr Sicherheit im Arbeitsalltag zu geben, ist die Organisation von Stammtouren. Zum einen sind Pflegekräfte, die regelmäßig dieselbe Tour fahren, mit den Patient_innen, deren gesundheitlichen Entwicklungen und den Gegebenheiten vor Ort vertraut. Zum anderen ist es hier auch leichter, Vertrauen zu den Patient_innen aufzubauen, was wiederum positive Auswirkungen auf Arbeits- und Pflegequalität hat. Auch über Verspätungen können Stammpatient_innen leichter hinwegsehen. Pflegedienste stoßen hier allerdings schnell an ihre Grenzen. Selbst wenn es das betriebsinterne Ziel ist, im Rahmen von Stammtouren Bezugspflege zu leisten, bricht dieses Konzept bei Krankmeldungen von Pflegekräften oder in Urlaubszeiten schnell zusammen.

Sondersituation Bereitschaftsdienst

Ressourcen

Für kurzfristige Krankheitsausfälle sind gesonderte Bereitschaftsdienste, die nicht bereits auf Touren eingeplant sind, eine gute Reserve für ambulante Pflegedienste. Zudem müssen dann für die erste ausfallende Pflegekraft keine anderen Pflegekräfte aus dem Dienstfrei in den Pflegedienst gerufen werden. Die Pflegekräfte schätzen die damit verbundene relative Sicherheit, zumindest nicht sofort angerufen werden zu müssen.

Herausforderungen

Aber die Bereitschaftsdienste sind bei den Pflegekräften keine beliebte Aufgabe, da sie sich jederzeit bereithalten müssen, in ihren Gestaltungsmöglichkeiten für den Tag also erheblich eingeschränkt sind. Pflegekräfte, die häufiger Bereitschaftsdienste übernehmen, berichteten, dass sie an einem solchen Tag automatisch ab ca. 5.30 Uhr wach werden und sich dann teilweise auch ankleiden, da sie zu einer Tour gerufen werden könnten und dann schnell einsatzfähig sein müssen.

Schließlich stellt noch die Informationslage von Pflegekräften, die Bereitschaftsdienste übernehmen, eine Besonderheit dar. Besteht keine Möglichkeit des digitalen Zugriffs auf Informationen von Zuhause, ist der Bereitschaftsdienst darauf angewiesen, dass alle wichtigen Informationen z.B. in Form von E-Mails von der Pflegezentrale übermittelt werden. Dies stellt wiederum die Pflegezentrale vor Herausforderungen, da einerseits der Zeitaufwand, alle relevanten Informationen für die Touren zusammenzusuchen, einen hohen Zeitaufwand bedeutet und andererseits dies auch patientenbezogene Daten einschließt, die aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht per E-Mail versendet werden sollten. In der Praxis sehen sich Bereitschaftsdienste, die im Prinzip diese Informationen zu allen Touren benötigen, daher mit zu wenig Informationen zu den Touren versorgt, die sie übernehmen. In der Folge sind Bereitschaftstouren mit einem hohen Unsicherheitsgrad verbunden.

Entwicklungsideen

Die hohe Belastung, die mit der Übernahme von Bereitschaftsdiensten einhergeht, verdeutlicht die Notwendigkeit, diese Last nach einem transparenten System auf möglichst viele Schultern zu verteilen, um individuelle Ressourcen zu schonen. Um die Attraktivität von Bereitschaftsdiensten zu erhöhen, wurde neben einem entsprechenden Entgelt für die Bereitschaft außerdem ein Gratifikationssystem von den Pflegekräften vorgeschlagen.

Zusätzlich kann der Einsatz von MDA dabei helfen, dem Bereitschaftsdienst den Zugriff auf wichtige pflegerelevante Informationen zu ermöglichen.

3.1.5.2 Arbeitszeiten

Ressourcen

Da in der Rüstzeit sowohl Materialien als auch alle nötigen Informationen zur bevorstehenden Tour zusammengesucht werden müssen, kommen viele Pflegekräfte bereits vor Beginn ihrer eigentlichen Dienstzeit in die Pflegezentrale, um entspannter in den Arbeitstag starten zu können. Sie wollen sich damit also ein Stück Arbeitsqualität erhalten oder zurückerobern. Dafür nehmen sie auch in Kauf, dass diese Zeiten (meist 10 bis 15 Minuten, zum Teil auch länger) nicht bezahlt sind, sofern sie keine Begründung für die längere Dauer der Rüstzeit angeben.

„Das ist völlig in Ordnung, weil ich dann gut vorbereitet in die Tour starten kann“

Herausforderungen und Entwicklungsideen

Durch die Digitalisierung kann sich die Notwendigkeit solcher Strategien erübrigen. Schließlich wird durch den Technikeinsatz die Ablösung der Arbeit vom Arbeitsort des Unternehmens begünstigt. Dies betrifft in der ambulanten Pflege zum einen die Pflegekräfte, die durch den Einsatz von MDA die Möglichkeit haben, sich schon zu Hause auf ihre nächste Tour vorzubereiten, wenn Tourenpläne, Patient_innen- und Übergabeinformationen digital einsehbar sind und damit ein Eintreffen in der Pflegezentrale vor Dienstbeginn nicht mehr zwingend notwendig ist. Zum anderen betrifft dies auch die Mitarbeiter_innen der Pflegezentrale, die

teilweise sofort auf wichtige E-Mails oder Anrufe reagieren müssen, auch wenn diese abends oder am Wochenende eingehen. Mithilfe von Software, auf die auch von zu Hause zugegriffen werden kann, wird dies den Führungskräften ermöglicht, ohne dass sie in die Pflegezentrale fahren müssen. Allerdings gilt auch hier, Regelungen als Grenzen der digitalen Möglichkeiten zu treffen: Zeiten, die daheim zur Informationsweitergabe, Tourenvorbereitung usw. aufgewendet werden, müssen auch als Arbeitszeiten anerkannt werden. Der Zugriff auf Programme von zu Hause sollte allerdings nicht dazu genutzt werden, im Urlaub oder in Krankheitszeiten zu arbeiten. Dies sollte durch explizite Vereinbarungen geregelt werden.

„Der Zugriff auf die Programme von zu Hause aus ist von Vorteil, wenn man krank ist“

Außerdem gilt es, den Pflegekräften im Falle längerer Pausenzeiten (z.B. zwischen Mittagsdienst und Spätschicht oder durch Patientenausfälle auf den Touren) die Möglichkeit zu geben, diese als Arbeitszeit zu nutzen, sofern sie dies möchten. Können die Pflegekräfte in diesen Zeiten weder Dokumentationsarbeiten verrichten noch mit ihrer Tour fortfahren, müssen sie die Zeit bis zur Fortsetzung der Tour absitzen, was häufig nicht als Arbeitszeit bewertet wird. Der Einsatz von MDA könnte hier auf unterschiedliche Weise helfen: Durch digitale Bearbeitung von Formularen und Dokumenten zur Tour, Weitergabe von Informationen zur Tour (Telefonate, E-Mails, Eintrag in ein digitales Übergabebuch etc.) oder durch die Nutzung kleinerer Lerneinheiten können zusätzliche zeitliche Lücken, die keine eingeplanten Pausen sind, auch unterwegs sinnvoll genutzt werden.

3.1.6 Verfügbarkeiten

3.1.6.1 Informationen

Ressourcen

Neben der direkten mündlichen oder schriftlichen Kommunikation sind Informationen und deren Verfügbarkeit auf der Tour und in der Pflegezentrale ausschlaggebend dafür, dass sowohl eine hohe Pflege- als auch eine hohe Arbeitsqualität erreicht werden können.

Herausforderungen

Selbst wenn Hintergrundwissen aus der Übergabe vorhanden ist, weiß eine Pflegekraft beim Betreten der Patient_innenwohnung dennoch nicht genau, was sie erwartet. Das jeweilige Pflege- oder Interaktionssetting kann sich in Abhängigkeit vieler Faktoren (z.B. Stimmung und Gesundheitszustand der Patient_innen, Anwesenheit von Angehörigen) von Tag zu Tag unterscheiden. Auch Pflegeleistungen können neu hinzukommen und vieles mehr. Besonders anforderungsreich wird der Arbeitsalltag dadurch, dass sich diese Unvorhersehbarkeit des Pflegesettings auf der Tour beständig wiederholt.

Sind Informationen nicht verfügbar oder nur schwer oder umständlich zugänglich, kann dies Stress durch erhöhten Zeitdruck sowie Unsicherheiten im eigenen Handeln erzeugen. Teilweise werden Fehler gemacht, die nachträglich aufwändig korrigiert werden müssen. In Hinblick auf Bedarfe einer verbesserten Informationslage der Pflegekräfte auf der Tour wurde vor allem das Wissen um die Inhalte und Grenzen bestimmter Leistungskomplexe erwähnt. Mitunter bestehen unter den Pflegekräften Unsicherheiten darüber, welche Leistungskomplexe welche Tätigkeiten genau umfassen. Kommt es z.B. vor, dass unwissentlich Leistungen erbracht werden, ohne dass ärztliche Verordnungen dafür vorliegen, kann dies für den Pflegedienst rechtliche Konsequenzen oder Probleme der Abrechnung von Leistungen nach sich ziehen. Daher gilt zusammenfassend für die ambulante Pflege:

„Fehler wiegen schwer“

Ohne technische Unterstützung müssen Anleitungen und Hinweise in gedruckter Form für die fachgerechte Ausführung sicherheitshalber zunächst besorgt und anschließend auf die Tour mitgenommen werden. Hier ergeben sich wiederum erhöhte Anforderungen an die Pflegekräfte, die alle nötigen Materialien zusammensuchen und transportieren müssen. In einem der beteiligten Unternehmen sollte jede Pflegekraft immer eine Dokumentenmappe mit Nachschub an Berichtblättern, Stammblätern, Wunddokumentationen, Pflegeplanungen, Schmerzdokumentationen, Biografien, Beratungsprotokolle, Schlüsselprotokolle, etc. dabei haben. Das sorgt für erhebliches Gewicht in der Pflageetasche.

Entwicklungsideen

Die Unvorhersehbarkeit der konkreten Pflegesettings lässt sich kaum ändern. Die Pflegekraft ist daher auf zahlreiche pflegefachliche Kompetenzen angewiesen, die ihr bei der Bewältigung dieser Anforderung der Interaktionsarbeit in der ambulanten Pflege helfen (siehe 2.1). Hierzu gehören insbesondere auch ihre Beobachtungskompetenzen und das erfahrungsgelitete Arbeiten. Allerdings kann die Pflegekraft bei dieser Aufgabe durch eine gute Informationslage unterstützt werden, um die Black Box der Interaktionssituation in der ambulanten Pflege vorab schon ein wenig zu erhellen. Schnell verfügbare und leicht verständliche Informationen bilden damit wichtige Stützpfiler für die Handlungssicherheit im Pflegealltag. Das können beispielsweise Informationen zu Pflageetätigkeiten, Pflageveränderungen oder internen Abläufen sein (siehe 3.1.4). Besonders hilfreich können auch sehr aktuelle Informationen von den Pflegekräften zum Pflagesetting sein, die gerade zuvor Dienst hatten. Für die Vermittlung solcher Informationen ließen sich MDA einsetzen, die darüber hinaus auch Anleitungen für komplexe oder wenig eingeübte Pflageabläufe bereitstellen könnten, ohne dass zusätzliches Material in der ohnehin schweren Pflageetasche mitzunehmen wäre. So wären die Informationen auch leichter für alle zu aktualisieren und der Druck würde entfallen, die entsprechenden Unterlagen zu vergessen oder – sofern sie vergessen wurden – etwas falsch zu machen. Die jederzeitige Verfügbarkeit von Pflageinformationen, Wunddokumentationen, Stammdaten (z.B. Notfallkontakte, Arztkontakte) und ggf. auch Informationen zu den Gegebenheiten vor Ort (z.B. die genaue Lage der Pflagemappe bei Patient_innen) kann daher die sichere und selbstständige Arbeitsweise der Pflegekräfte auf der Tour unterstützen. Im Idealfall gäbe es eine digitale Patientenmappe, in der zentral alle patientenbezogenen Informationen gesammelt würden. Solche Informationsmöglichkeiten wurden von den Pflegekräften, die bereits mit einem MDA arbeiten, positiv hervorgehoben, auch wenn sie gegenwärtig noch nicht über alle diese Möglichkeiten verfügen. Über patienten- und tourbezogene Hilfen hinausgehend könnten weitere Informationsquellen im Alltag unterstützen, sofern ein sofortiger Zugriff gewährleistet ist, dies wären z.B. medizinische Lexika, Erläuterungen zu Pflageleistungen und deren Bezeichnungen/Kürzel, Informationen zu Medikamenten und Diagnoseschlüsseln.

3.1.6.2 Materialien und Technik

Ressourcen

Ein weiterer Aspekt der Organisation in Pflagediensten betrifft die Verfügbarkeit verschiedener Arbeitsmittel. Darunter fallen beispielsweise Materialien zur Erhaltung der Hygienestandards (z.B. Handschuhe, Desinfektionsmittel), PC, MDA und die Räumlichkeiten des Unternehmens. Damit vor Tourbeginn mehrere Pflegekräfte gleichzeitig Materialien für ihre Tour zusammensuchen können, ohne sich dabei gegenseitig zu behindern, sind Räumlichkeiten nötig, die einfache Zugänglichkeiten und Zugriffe (z.B. auf Schlüssel) ermöglichen. Darüber hinaus sollte die Zugänglichkeit zu Materialien für Pflegekräfte auch dann gegeben sein, wenn die Pflagezentrale nicht besetzt ist, damit auch Pflegekräfte, die im Spät- oder Wochenenddienst arbeiten, jederzeit auf benötigte Materialien zugreifen können. Ebenso muss in einem Pflagedienst,

der mit digitaler Dokumentation arbeitet, gewährleistet sein, dass die Pflegekräfte stets Zugang zu einem PC haben.

Herausforderungen und Entwicklungsideen

Sollten Materialschränke außerhalb der Bürozeiten abgeschlossen sein, hat dies zur Folge, dass Pflegekräfte schon am Tag vor ihrer Tour an die benötigten Materialien für den nächsten Tag denken müssen. Wird dies vergessen, müssen von den Pflegekräften vor Tourbeginn zeitraubende und umständliche Wege gegangen werden, um an wichtige Arbeitsmittel zu gelangen. Daher sollte gesichert sein, dass Material-schränke für die Pflegekräfte immer zugänglich sind (z.B. durch Vergabe von Schlüsseln) oder Notfallaus-rüstungen an anderer Stelle erreichbar sind.

3.1.6.3 Räumlichkeiten

Ressourcen

Darüber hinaus ist es nötig, geschlossene Räume für Fort- und Weiterbildungen sowie Dokumentenpflege für die Pflegekräfte zu haben, die ungestörtes Arbeiten zulassen. Dies betrifft ebenso die Beschäftigten in der Pflegezentrale. Insbesondere Arbeiten wie Abrechnungen, Tourenplanung oder die Vorbereitung von MDK-Prüfungen erfordern ein hohes Maß an Konzentration.

Herausforderungen

Besonders kleine Pflegedienste verfügen allerdings oft nicht über die nötigen räumlichen Voraussetzungen, um eine optimale Organisation der Arbeitsabläufe zu ermöglichen. Daher sind sie dazu gezwungen, sich in Hinblick auf besonders herausfordernde Situationen gut zu organisieren. Beispielsweise ist in der Regel die Zeit der Übergabe nach der Frühschicht die Phase, in der am meisten Unruhe in der Pflegezentrale herrscht.

Entwicklungsideen

Hier empfiehlt sich eine Organisation der Übergabe zum Beispiel durch eine/n feste/n Ansprechpartner_in oder eine weitgehende Verschriftlichung der Übergabe. Auf diese Weise müssen nicht alle Mitarbeiter_innen der Pflegezentrale ihre Arbeiten unterbrechen und können konzentriert weiterarbeiten. Für die verbleibenden mündlichen Übergaben sollten sowohl geschlossene Räume als auch gemeinsam vereinbarte störungsfreie Zeiten (in denen die entsprechende Person aus der Pflegezentrale z.B. auch keine Übergaben annimmt) zur Verfügung stehen.

Ebenso könnten zeitliche Regelungen für die PC-Nutzung getroffen werden, sofern nur ein oder zwei PC für die Dokumentationsarbeiten der Pflegekräfte zur Verfügung stehen, sodass Pflegekräfte z.B. nach der Frühschicht nicht darauf warten müssen, dass ein Arbeitsplatz frei wird.

3.1.7 Technikeinsatz

3.1.7.1 Einstellungen zur Techniknutzung

Ressourcen

Wie in den vorherigen Kapiteln gezeigt wurde, besitzt der Einsatz digitaler Medien in der ambulanten Pflege großes Potenzial zur Verbesserung der Arbeitsqualität und der Arbeitsorganisation. Davon können mehrere Personengruppen, die mit der Technik arbeiten, profitieren: Pflegekräfte, Pflegedienstleitung und Unternehmensleitung. Sofern der Nutzen von MDA-Einsätzen erkannt wird, kann die Technik auch leicht akzeptiert werden. In dem Pflegedienst, der bereits MDA einsetzt, wurde von den Pflegekräften bestätigt,

dass die Geräte gut und zuverlässig funktionieren und dass alle sicher im Umgang mit ihnen sind. Insgesamt (auch von Seiten der Pflegedienstleitung) wird hier die Einführung der MDA im Nachhinein als eine große Arbeitserleichterung empfunden. Sofern auch die Patient_innen deren Einsatz auf der Tour akzeptieren, können MDA reibungslos in den Pflegealltag integriert werden.

Herausforderungen

Auf Seiten der Führungskräfte dominieren vor allem Kosten-Nutzen-Abwägungen, wenn es um die Einführung von digitaler Technik in den Pflegediensten geht. Gerade der Einstieg verursacht erhebliche Kosten für die Beschaffung von Hard- und Software und Schulungen. Dauerhaft entstehen Kosten für den Support des Softwareanbieters und gegebenenfalls die Anschaffung von Zusatzmodulen. Sofern die Auswahl der Branchensoftware im Nachhinein korrigiert werden soll, ist wiederum mit hohen Kosten zu rechnen, da ein komplettes System umgestellt werden müsste. Pflegesoftware in den Zentralen und die auf den mobilen Geräten sollten von einem Anbieter kommen, um (optimal) zusammenzuspielen. Diese Überlegungen sowie Unklarheiten bezüglich datenschutzrechtlicher Bestimmungen sind die Hauptgründe, die manche Unternehmensleitungen derzeit noch von der Umstellung auf MDA abhalten.

Allerdings bricht sich die Digitalisierung der Kommunikation branchenweit auch in jenen Pflegediensten Bahn, die noch keinen MDA einsetzen. Hier geschieht das zum Teil als ‚Wildwuchs‘, indem auf privaten Geräten auf datenschutzrechtlich bedenklichen Wegen miteinander kommuniziert wird. Jedenfalls kann bei Beschäftigten in der ambulanten Pflege nicht immer vorausgesetzt werden, dass sie sich der möglichen Datenschutzprobleme ihrer ‚digitalen‘ Verhaltensweisen bewusst sind; sie tun ggf. Dinge, die sie für sicher halten, die aber nicht sicher sind. Darum müssen sich Pflegeunternehmen heute auf jeden Fall mit Hilfe von Regeln um geschützte Kommunikation kümmern, egal ob sie bereits MDA einsetzen oder nicht.

Unter Pflegekräften, die sich für einen Beruf entschieden haben, in dem es um das direkte Arbeiten mit Menschen geht, gibt es andere Bedenken. Vor allem besteht hier die Sorge, dass der MDA-Einsatz zu einer verstärkten Kontrolle durch die Pflegedienstleitung führt, sei es in Form von Zeit- oder Ortskontrollen.

„Dann sehen die ja sofort, wenn ich mal kurz beim Bäcker bin.“

Darüber hinaus befürchten viele Pflegekräfte, dass durch den Einsatz digitaler Technik noch mehr pflegefremde Aufgaben in ihren Arbeitsalltag Einzug erhalten und sie nur noch mit der Technik beschäftigt sind. In diesem Zusammenhang wurde von den Pflegekräften in den Analysen die Befürchtung geäußert, dass sie auf der Tour MDA vor den Patient_innen bedienen müssen und diese daher das Gefühl kriegen könnten, zu wenig Beachtung zu finden.

Schließlich wurde insbesondere in dem Pflegedienst, der bislang keine mobile Technik einsetzt, deutlich, dass viele Pflegekräfte Angst davor haben, von der Technik im Arbeitseinsatz überfordert zu sein und auf der Tour auf Situationen stoßen, in denen sie handlungsunfähig sind. Nicht jede Pflegekraft traut sich den selbstständigen Umgang mit MDA sofort zu.

Entwicklungsideen

In Hinblick auf die Sorge, durch den MDA-Einsatz auf der Tour hinter dem Gerät zu verschwinden und den Kontakt zu den Patient_innen zu verlieren, kann eine analoge Situation mit Papiereinsatz herangezogen werden. Es wurde berichtet, dass die Einsicht der Pflegedokumentation im Allgemeinen von den Patient_innen gut angenommen werden kann, obwohl dies bedeutet, dass die Pflegekraft sich kurz auf das Lesen konzentrieren und sich daher noch nicht um die/den Patient_in kümmern kann. Dazu ist lediglich ein kleiner Hinweis von der Pflegekraft nötig, der den Hintergrund für die Ablenkung von den Patient_innen erklärt:

„Ich les‘ mich mal eben schlau und dann kann‘s losgehen‘

Ähnlich wie bei der Einsicht der Pflegedokumentation könnte auch die Akzeptanz der MDA-Nutzung durch die Patient_innen gesteigert werden, wenn die Pflegekraft erläutern würde, dass sich auch über den MDA „schlau gelesen werden“ könne.

Der Grad an Technikaffinität oder auch -skepsis ist unter den Beschäftigten sehr unterschiedlich. Entscheidend sind dabei nicht unbedingt das Alter oder die Position im Unternehmen. Es gibt sowohl ältere Pflegekräfte, die sehr gut mit Technik zurechtkommen, als auch jüngere, die sich schwertun. Unter Pflegehilfskräften, Pflegefachkräften sowie in der Pflegezentrale gibt es innerhalb der Belegschaft deutliche Unterschiede in Hinblick auf Technikkompetenz und – damit verbunden – Sorgen. Entscheidend sind vielmehr bisherige Erfahrungen im Umgang mit digitaler Technik, unabhängig davon, ob diese im privaten oder beruflichen Zusammenhang gemacht wurden. Je mehr Erfahrungen bereits mit digitalen Medien gemacht wurden, desto geringer sind die Berührungsängste und desto eher werden neue Dinge (von denen wiederum profitiert werden könnte) mit den Geräten ausprobiert. Daher kann eine positive Einstellung zu MDA auch dadurch gefördert werden, dass der Umgang mit den Geräten geübt wird und Pflegekräfte sich Stück für Stück eigene Erfolgserlebnisse mit der Technik und dadurch auch Autonomie im Umgang damit verschaffen. Der Pflegedienst selbst kann darüber hinaus eine positive Einstellung zur digitalen Technik dadurch unterstützen, indem eine technikfreundliche Unternehmenskultur gepflegt wird, in der Hilfestellungen im Umgang mit Technik gegeben und Bedenken ernstgenommen werden. Zentral dafür ist das Eingehen auf individuelle Bedürfnisse in Zusammenhang mit der Technikeinführung und die Durchführung von entsprechenden Schulungen.

3.1.7.2 Einstellungen zu den Geräten

Ressourcen

In Situationen, in denen persönliche Ratschläge oder direkte Hilfe gebraucht werden oder wichtige Besonderheiten sofort weitergegeben werden müssen, kann – je nach Fall - die Pflegezentrale, ein/e in der Nähe arbeitende/r Kolleg_in oder ein/e Patient_in angerufen werden. Die jederzeitige Möglichkeit, sich auf der ansonsten allein verantworteten Tour rückzuversichern sowie Informationen direkt weiterzugeben, gibt den Pflegekräften notwendigen Rückhalt in ihrer Arbeit.

Herausforderungen

Sofern ein Pflegedienst weder MDA einsetzt noch Diensthandys für alle Beschäftigten bereithält, hat dies zur Folge, dass die Pflegekräfte ihre privaten Handys in solchen Situationen einsetzen. Das ist mit mehreren Schwierigkeiten verbunden: Anfängen mit der Frage nach Kostenerstattung, über Befürchtungen stärkeren Verschleißes bis zu Problemen, die entstehen können, wenn die Pflegekraft vergessen hat, ihre Rufnummernunterdrückung zu aktivieren und Patient_innen sie dann auf dem Privatgerät anrufen. Da die Handynutzung zum täglichen Geschäft der Pflegekräfte gehört, ergibt sich hier ein Potenzial für den sukzessiven Aufbau von Frustration auf Seiten der Pflegekräfte.

Werden auf der Tour MDA eingesetzt, sind diese teilweise widrigen Bedingungen ausgesetzt. Sie werden z.B. durch den Regen getragen oder könnten herunterfallen. Aufgrund solch alltäglicher Situationen entstehen bei den Pflegekräften Bedenken bezüglich der Haftung im Schadensfall. Die Nutzungsbereitschaft betrieblich bereitgestellter Geräte (Diensthandys oder MDA) kann dadurch gehemmt werden, dass Pflegekräfte

„Angst [haben], etwas kaputtzumachen‘

Entwicklungsideen

Um solcherlei Bedenken gegenüber dem Einsatz digitaler Geräte auf der Tour entgegenwirken zu können, wären betriebliche Vereinbarungen zu Kostenregelungen und Haftung sinnvoll. Sofern ein Pflegedienst weder MDA mit Telefonfunktion noch Diensthandys einsetzt, sollten für die Nutzung der privaten Handys für die Arbeit ebenfalls Regelungen getroffen und kommuniziert werden, damit sich die Pflegekräfte bei der Nutzung der Geräte abgesichert fühlen können.

3.1.8 Arbeitsqualität

Ressourcen

In den vorangegangenen Kapiteln wurde bereits gezeigt, inwieweit MDA dazu in der Lage sind, die Kommunikation, Organisation und Informationslage auf der Tour – und damit die Arbeitsqualität in der ambulanten Pflege – zu verbessern. Darüber hinaus gibt es weitere Aspekte, die zur Arbeitsqualität beitragen und an dieser Stelle gesondert Erwähnung finden sollen.

Ein zentrales Merkmal, das von den Pflegekräften in der ambulanten Pflege besonders geschätzt wird, ist die Möglichkeit, autonom zu arbeiten.

„Ich genieße das Prinzip der Selbstständigkeit“

Darüber hinaus vermittelt die unmittelbare Sinnhaftigkeit der Arbeit eine Basis für eine gute Arbeitsqualität. Sie helfen Menschen bei dem Ziel, solange es geht ein möglichst eigenständiges Leben in ihrem eigenen Zuhause führen zu können. Den Pflegekräften ist dabei die Arbeit am und mit Menschen sehr wichtig. Es ist der Grund, weshalb sie Pflegekraft geworden sind und weshalb sie in der Pflege weiter tätig sein wollen. Diese Grundlagen ihrer Arbeit und Arbeitsqualität dürfen in ihren Augen zwar technisch unterstützt werden, sie dürfen durch die digitale Technik aber nicht gefährdet werden.

Die Arbeit in der ambulanten Pflege beinhaltet als weitere Ressource der Arbeitsqualität vielfältige Aufgaben und bringt immer wieder Neues, was den Arbeitsalltag interessant macht.

Herausforderungen

Andererseits kann die alleinige Verantwortung auf der Tour sowie die damit verbundene Notwendigkeit, alle Aufgaben allein zu bewältigen, auch eine Belastung für die Pflegekräfte werden. Es ist nicht nur eine Möglichkeit, sondern auch eine Anforderung eigenverantwortlich zu arbeiten. Zeitdruck und eine mangelhafte Informationslage können diese Belastung durch Verantwortung, die auf unsicheren Entscheidungsgrundlagen beruht, verstärken.

Entwicklungsideen

MDA können dazu beitragen, genuin vorhandene Ressourcen in der ambulanten Pflege zu stärken sowie die Herausforderung der Alleinarbeit zu mindern. So können Freiräume, die Pflegekräfte auf ihrer Tour haben (wollen), mithilfe der MDA insofern gefördert werden, als dass ihnen durch zur Verfügung stehende Informationen Sicherheiten vermittelt werden, dass sie selbst Änderungen vornehmen und (z.B. Änderungen der Reihenfolge von Patient_innenbesuchen) direkt an die Pflegezentrale melden können. Schnelle Rückkoppelungen mit Pflegezentrale und Kolleg_innen unterstützen außerdem in schwierigen Situationen.

Durch einen MDA-Einsatz verändert sich auch das Aufgabenspektrum der Pflege- und Führungskräfte. Da in Zusammenhang mit der Einführung digitaler Technik neue Aufgaben anfallen (z.B. Aktualisieren von

Dokumenten des Qualitätsmanagements) und andere wegfallen (z.B. Zusammensuchen einzelner Informationszettel), können neue Möglichkeiten der individuellen Weiterentwicklung und unter Umständen Weiterqualifikation entstehen bzw. notwendig werden (siehe hierzu das folgende Kapitel 3.2).

3.1.9 Resümee

Die Analysen zur Arbeit und ihrer Organisation zeigen vielfältige Ressourcen und Herausforderungen, die zum Teil auch schon in vorangegangenen Studien der ambulanten Pflege aufgezeigt wurden, die noch weniger auf den Technikeinsatz fokussierten (Bleses et al. 2013). Vor allem zeigt sich, dass die Pflegekräfte zu Beginn ein wenig Anlaufzeit benötigten, um ihre eigenen Entwicklungskompetenzen hinsichtlich Technik und ihrer Einbettung in die Arbeitsorganisation einbringen zu können. Eine partizipative Einführung von Technik in die Arbeit und ihrer Gestaltungsmöglichkeiten scheint noch nicht eingeübt zu sein. Allerdings übernehmen die Pflegekräfte die Expert_innenrolle mittlerweile souverän und spiegeln ihre Arbeitserfahrungen mit den Chancen und Lücken, die in Geräten, Software, der organisationalen Einbettung und ihren eigenen Kompetenzen liegen. Der Aspekt der Verbesserung der Arbeitsqualität bricht sich dabei schnell Bahn, wenn die Verbindung zwischen digitaler Technik und eigenem Nutzen im Pflegealltag einmal gezogen ist. Technik begegnet den Pflegekräften dann nicht mehr nur als Anforderung, sondern auch als Gestaltungschance.

Es zeigt sich allerdings auch, dass die Technikintegration kein organisationaler ‚Selbstläufer‘ ist. Sie ist voraussetzungsvoll in verschiedener Hinsicht, zumindest wenn ihre Potenziale ausgeschöpft werden sollen. Und es ist wohl auch kein Wunder, dass es dabei oft um grundlegende Fragen der Arbeit und Arbeitsorganisation in der ambulanten Pflege geht (wie um die Übergaben, die Tourenplanung, die Dokumentation, die Ausfallplanung) und um die Verbindung von neuer digitaler Technik der MDA mit (fast schon) alter digitaler Technik der PC. Wenn die PC-Arbeit bereits zuvor schon eingeübt und organisatorisch eingebunden war, kommt das der MDA-Einführung sicher zugute. Lücken in Kompetenzen, Verfügbarkeit und Alltäglichkeit der Nutzung durch alle Gruppen lassen umgekehrt auch eher Vorbehalte gegen die MDA und ihre erweiterte Nutzung wahrscheinlich werden.

Insgesamt ist die MDA-Einführung ebenso wie die Erweiterung ihrer Nutzungsfelder (v.a. Arbeitsqualität und Lernen) derzeit ein für die Pflegekräfte und Pflegedienste großer Innovationsschritt. Aber er ist auch ein ‚normaler‘ Reorganisations- oder Veränderungsprozess, der sowohl neue Konfliktfelder als auch Möglichkeiten eröffnet.

3.2 Lernen, Fort- und Weiterbildung, Kompetenzentwicklung

(Andreas Friemer/Julia Bidmon-Berezinski)

Die Analysen im Themenfeld Lernen, Fort- und Weiterbildung sowie Kompetenzentwicklung beziehen sich auf den Projektkontext der Entwicklung und Erprobung eines Konzepts für E-Learning, Blended Learning und Praxislernen in der ambulanten Pflege. Dieses Konzept bietet die Möglichkeit, nachhaltige Lernprozesse in der Pflegepraxis durch die Verknüpfung von Wissen aus Fortbildungen und Praxiserfahrungen zu unterstützen. Für eine passgenaue Konzeptionierung eines solchen praxisintegrierten und digitalunterstützten Ansatzes müssen zunächst die vorhandenden Qualifizierungsbedarfe bei den Beschäftigten und die erforderlichen organisationellen Ressourcen ermittelt werden. Die Analyse-Workshops in diesem Themenfeld dienten daher der Ermittlung der vorhandenen Erfahrungen, Einstellungen und Kompetenzen der Beschäftigten bei den beiden Praxispartnern, der IST-Analyse der jeweiligen Lern- und Fortbildungsinfrastrukturen sowie der diesbezüglichen Entwicklungsideen und Veränderungsbedarfe bei den unterschiedlichen Beschäftigtengruppen (Pflege-, Verwaltungs- und Leitungskräfte).

Beide Praxispartner in dem Verbundprojekt unterscheiden sich grundsätzlich in ihrer Organisationsstruktur. Bei dem einen handelt es sich um einen regionalen privaten ambulanten Pflegedienst, der andere ist eine organisationale Einheit einer bundesweit agierenden Wohlfahrtsorganisation. Diese Unterschiede äußern sich auch im Bereich Fort- und Weiterbildung. Während der private Pflegedienst flexibel reagieren kann, ist der Pflegedienst der Wohlfahrtsorganisation aufgrund seiner Einbindung etwas weniger flexibel, kann dafür aber vorhandene Organisationsstrukturen als Ressource nutzen.

Ein weiterer grundsätzlicher Unterschied zwischen den beiden Praxispartnern, der sich auch auf den hier beschriebenen Bereich von Lernen, Fort- und Weiterbildung und Kompetenzentwicklung auswirkt, ist der unterschiedliche Erfahrungshorizont bezüglich der Nutzung digitaler Technik im Arbeitsalltag: Während es für den einen schon Routine ist, steht der andere noch vor der Einführung solcher Technik und muss sich daher anderen Herausforderungen stellen.

3.2.1 Fortbildungsplanung und Themenfindung

Ressourcen und Herausforderungen

Die Themen für Fortbildungen werden auf verschiedenen Wegen generiert. Zu Beginn des Jahres wird beispielsweise eine Liste ausgehängt, auf der die Pflegekräfte ihre Fortbildungswünsche eintragen können und sollen. Bei der Fortbildungsplanung wird versucht, diese Wünsche nach Möglichkeit zu berücksichtigen.

Auch Leitungskräfte und „Stamm-Dozent_innen“ bringen Fortbildungsideen ein. Stamm-Dozent_innen sind Personen, die mit dem Pflegedienst auf verschiedene Weise verbunden sind und aufgrund ihrer Erfahrung und Eignung einen großen Teil der Fortbildungen anbieten.

Neben diesen regelmäßigen Planungsprozessen generieren auch aktuell auftretende oder immer wiederkehrende Problematiken (z.B. aus Übergaben oder Pflegevisiten) Themen für Fortbildungen. Darüber hinaus kann auch der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) bei seinen Überprüfungen Fortbildungsbedarfe ermitteln, die dann im Folgejahr bearbeitet werden müssen.

Zu den Pflichtfortbildungen zählt die regelmäßige Wiederholung der Erste-Hilfe-Maßnahmen und Schulungen, die sicherstellen, dass alle Beschäftigten in der Pflege jeweils den aktuellen Wissensstand über die Inhalte der sogenannten *Expertenstandards*¹⁴ aufweisen. Bei der Einbindung dieser Themeninhalte haben

¹⁴ Expertenstandards sind Instrumente zur Qualitätsbewertung und -sicherung in der Pflege. Auf Grundlage pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse und pflegepraktischer Erfahrungen werden wichtige Themenbereiche der

die Pflegedienste offensichtlich Ermessensspielräume, standardisierte Vorgaben bezüglich der Fortbildungsformate und -intervalle liegen nicht vor. So werden in der Praxis unterschiedliche Modelle eingesetzt, zum einen die *jährliche Wiederholung* von verpflichtenden Schulungen zu den Expertenstandards, zum anderen die *bedarfsbezogene Aufnahme* solcher Inhalte in den Fortbildungsplan. Bei einer regelmäßigen Wiederholung der Expertenstandards, die sich aus den Vorgaben des Qualitätsmanagements ergibt, verringert sich entsprechend der Spielraum für andere Fortbildungsthemen.

Entwicklungsideen

Expertenstandards sollten nach Möglichkeit als E-Learning-Angebote aufbereitet werden, damit in den Präsenzfortbildungen mehr Wunschthemen aufgenommen werden können. Dabei sollten schon bestehende Materialien daraufhin gesichtet werden, inwieweit eine digitale Aufbereitung unter lernförderlichen Aspekten sinnvoll erscheint.

3.2.2 Fortbildungsformate

Ressourcen

Die Pflegedienstleitung erarbeitet zusammen mit anderen Führungskräften (z.B. dem/der Qualitätsbeauftragten), den jährlichen Fortbildungsplan. Doch nicht alle Themen können als Fortbildungen umgesetzt werden. Einige Themen eignen sich für die Bearbeitung in einer Teambesprechung, andere auftretende Problematiken werden durch direkte Informationsweitergabe gelöst, indem z.B. Flyer an alle betroffenen Pflegekräfte ausgegeben werden. Bestimmte Themen können am besten auf individueller Ebene, nämlich im Rahmen einer Pflegevisite bearbeitet werden. Umfassendere Themen, die eine große Gruppe von Pflegekräften betreffen, finden Eingang in den Fortbildungsplan. Bezüglich der Flexibilität des Fortbildungsplans bestehen Unterschiede: Bei dem einen Praxispartner bezieht sich die Fortbildungsplanung auf den Wirtschaftsplan des nächsten Jahres, bei dem anderen gibt es ein flexibles Fortbildungsbudget, das sich nach den Erfordernissen richtet. Betriebsübergreifend besteht jedoch grundsätzlich die Möglichkeit, anlassbezogene Themen aktuell aufzunehmen oder die Themenreihenfolge zeitlich flexibel zu handhaben.

Ein Teil der Fortbildungsthemen wird durch interne Mitarbeiter_innen geschult, andere durch Externe. In beiden Fällen sind dies oft „Stamm-Dozent_innen“. Daneben werden aber auch Schulungen durch die Mitarbeiter_innen von Sanitätshäusern und Apotheken oder beispielsweise von Psycholog_innen durchgeführt. Die Fortbildungen finden in der Regel als Frontalunterricht statt. Besonders gut angenommen werden Fortbildungen mit Praxisanteilen. Von Leitungskräften initiierte neue Fortbildungsformate (z.B. Erarbeitung von Themen in Lerntandems sowie deren Weitergabe an das Team) werden bislang nicht von den Pflegekräften angenommen.

Im Jahr werden etwa 10-20 Fortbildungsthemen angeboten, um einen flexiblen Zeit- und Themenrahmen für das Absolvieren der vorgeschriebenen 20 Fortbildungsstunden für examinierte Pflegekräfte zur Verfügung zu stellen.

Herausforderungen

Eine zentrale Herausforderung bei Fortbildungen für Pflegekräfte sind die Arbeitszeiten. Fortbildungen finden meist in der Mittagszeit statt – im Anschluss an einen Frühdienst oder vor einem Spätdienst. Entsprechend anstrengend ist es für die Teilnehmenden, sich auf die angebotenen Inhalte zu konzentrieren.

ambulanten und stationären pflegerischen Versorgung definiert, die einen Handlungsrahmen für die individuelle Pflege festlegen. Die Themen werden in der Regel jährlich überarbeitet bzw. erweitert. Aktuell sind acht Expertenstandards definiert: Dekubitusprophylaxe, Entlassungsmanagement, Schmerzmanagement bei akuten und chronischen Schmerzen, Sturzprophylaxe, Förderung der Harnkontinenz, Versorgung chronischer Wunden, Ernährungsmanagement. Vgl. Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) Expertenstandards und Auditinstrumente, URL: <https://www.dnqp.de/de/expertenstandards-und-auditinstrumente/>

Entwicklungsideen

Daraus folgt, dass es auch bezüglich der Fortbildungsformate von entscheidender Bedeutung ist, die Pflegekräfte noch mehr als bisher an der Fortbildungsplanung zu beteiligen und ihre Eigenverantwortlichkeit zu stärken.

Ein Angebot von E-Learning-Fortbildungen, die sich durch ihre Zeit- und Ortsunabhängigkeit potenziell von starren Zeitstrukturen lösen ließen, könnte dazu beitragen, Konzentrationsprobleme – die bei Präsenzfortbildungen in der Mittagszeit wegen vorangegangener oder nachfolgender Dienstzeiten häufig zu beobachten sind – zumindest teilweise zu beheben.

3.2.3 Kosten und Anerkennung von Fortbildungen

Ressourcen

Die Kosten für interne Fortbildungen werden generell vom Arbeitgeber getragen und die Fortbildungen sind als Arbeitszeit anerkannt. Bei externen Fortbildungen muss eine Rücksprache mit der Pflegedienstleitung erfolgen, in der Regel übernimmt der Pflegedienst die Kosten für die Fortbildung, diese muss aber in der Freizeit absolviert werden.

Falls Mitarbeiter_innen Qualifizierungsbedarfe bei sich feststellen oder konkrete Fortbildungswünsche haben, können sie sich an die Pflegedienstleitung wenden. Die Übernahme von Kosten und die Entscheidung über das Absolvieren in der Freizeit oder Arbeitszeit richten sich nach der Wichtigkeit der entsprechenden Qualifikation für den Pflegedienst. Hat der Pflegedienst Bedarf an bestimmten Qualifikationen, so werden die Mitarbeiter_innen auch gezielt bezüglich bestimmter Weiterbildungen angesprochen.

Entwicklungsideen

Ein wichtiger Aspekt des geplanten E-Learnings ist für die Führungskräfte das individuelle und individualisierbare Lernen, das sowohl von jeder/m einzelnen Mitarbeiter_in als auch in Teilen durch die Führungskräfte überwacht werden kann – z.B. durch Anzeige des Lernstandes oder Erinnerung an noch ausstehende Fortbildungen. Die Herausforderung besteht darin, Akzeptanz bei den Pflegekräften für ein solches System der Überwachung zu erreichen. Die Überprüfung des Lernstandes könnte auch in der Verantwortung der Pflegekräfte verbleiben.

Daraus folgt, dass eine grundsätzliche Entscheidung getroffen werden muss, auf welche Weise neue Lernformate wie E-Learning anerkannt werden sollen. Der Vorschlag hierzu ist, dass ein Lernmodul mit einer festgelegten durchschnittlichen Bearbeitungszeit als Arbeitszeit gutgeschrieben wird, wenn das Modul nachgewiesenermaßen bearbeitet wurde. Dies kann z.B. über einen Abschlusstest sichergestellt werden.

3.2.4 Fortbildungsinhalte

Ressourcen und Herausforderungen

Die aktuellen Fortbildungspläne sehen verschiedene Themen vor, die für Pflegekräfte in der ambulanten Pflege von Bedeutung sind. Im Falle eines der Praxispartner sind es jedoch jährlich wiederholend sehr ähnliche Fortbildungen.

Entwicklungsideen

Zu den gewünschten Fortbildungsinhalten gehören pflegespezifische Themen wie bewegungstherapeutische Behandlungskonzepte (Bobath oder auch Kinästhetik), Umgang mit Hilfsmitteln, Umgang mit

Schmerz und Schmerzmitteln sowie Wissen über bestimmte Krankheitsbilder und Diagnoseschlüssel. Einige Pflegekräfte halten es für sinnvoll, dass neben der theoretischen Schulung auch praktische Auffrischungen, z.B. zum Legen eines Pütterverbandes, durchgeführt werden.

Deutlich wahrnehmbar ist der Wunsch nach Kommunikations- und Interaktionsschulungen. Vorgeschlagen wurden z.B. Deeskalationstraining, Auseinandersetzung mit dem Rollenverständnis als ambulante Pflegekraft, Umgang mit psychischen Erkrankungen sowie der Umgang mit (Sonder-)Wünschen der Patient_innen. Die Pflegekräfte finden es auch wichtig, in Kommunikationstechniken geschult zu werden, um sicherer mit Kund_innen, Angehörigen und Ärzt_innen kommunizieren zu können. Durch die bearbeiteten Fallbeispiele wurde auch deutlich, dass es einen Fortbildungsbedarf zur Beratung von Kund_innen und Angehörigen gibt, mit den Themenschwerpunkten: Wissen über Leistungen und Finanzierungsmöglichkeiten sowie Entlastungsangebote für pflegende Angehörige. Darüber hinaus wurde ein Informationsbedarf zum Verstehen der eigenen Gehaltsabrechnung ersichtlich, ein Fahrsicherheitstraining wird auch für wünschenswert gehalten. Es besteht ebenfalls der Wunsch, dass überfachliche Themen in den Fortbildungsplan aufgenommen werden, die der Stärkung personaler Kompetenzen dienen.

Durch die unterschiedliche Schwerpunktsetzung bei dem bestehenden und verpflichtenden Fortbildungsangebot und bei den Fortbildungswünschen der Pflegekräfte folgt, dass in den Pflegediensten gemeinsam überlegt werden sollte, wie die Beschäftigten stärker an der Fortbildungsplanung beteiligt werden könnten. Grundsätzlich muss analysiert werden, welche Themen sich für die Aufbereitung als E-Learning- oder Blended Learning-Angebote eignen.

3.2.5 Akzeptanz und Nachhaltigkeit der Fortbildungen

Ressourcen und Herausforderungen

Die Akzeptanz des Fortbildungssystems bewegt sich pflegedienstübergreifend in einem breiten Spektrum. Dieses umfasst eine grundsätzliche Zufriedenheit mit den angebotenen Fortbildungen aber auch eher kritische Beurteilungen. Diese Differenz ist mit der Unterschiedlichkeit der Themen zu begründen, die obligatorische Inhalte (z. B. die jährlich aktualisierten und erweiterten Felder im Bereich der sogenannten *Expertenstandards*) und optionale – von den Pflegekräften bedarfsbezogen eingebrachte – „Wunschfortbildungsinhalte“ (z. B. im Bereich der Kommunikation mit Angehörigen) umfassen. Ein weiterer wichtiger Aspekt sind in diesem Zusammenhang sicherlich die Fortbildungsformate, die je nach Thema theorielastiger oder praxisbezogener gestaltet sind. Bei Berücksichtigung dieser Gestaltungsaspekte und einer stärkeren Einbindung der Pflegekräfte in die Planung zukünftiger Fortbildungen kann die generell vorhandene Fortbildungsbereitschaft bei den Pflegekräften als große Ressource eingebunden werden.

Herausforderungen liegen daher darin, die Fortbildungsinhalte, die sich aus den fortbildungsbezogenen Vorgaben gesetzlicher (z.B. Fortbildungsverordnung) und qualitätsbezogener (z.B. Internes Qualitätssystem) Art ergeben, mit individuell als wichtig erachteten Qualifizierungsbedarfen bzw. –wünschen der Beschäftigten optimal zu kombinieren. Hier liegt auch ein großes Potenzial, die Motivation der Mitarbeiter_innen anzusprechen und damit ihre Eigeninitiative für die aktive Mitarbeit an der Gestaltung des Fortbildungssystems (z.B. Übernahme einer Multiplikatorenrolle oder Tandemlernen) einzubinden. Auch hier ist die Heterogenität als Herausforderung zu betrachten. Die Belastungsgrenzen der Mitarbeiter_innen sind sehr unterschiedlich, es gibt unterschiedliche Lerntypen – der/die eine Lernende ist besser über den visuellen, der/die andere über den auditiven Sinneskanal erreichbar.

Eine systematische Evaluation der Fortbildungen findet nicht statt, d.h. auch, dass die Teilnehmenden nicht strukturiert nach ihrer Meinung zu den angebotenen Fortbildungen befragt werden und zumindest über diesen Kommunikations- bzw. Feedback-Kanal nur einen geringen Einfluss auf die zukünftige Fortbildungsgestaltung nehmen können.

Entwicklungsideen

Bezüglich der Förderung von Akzeptanz und Wirksamkeit der Fortbildungen äußerten die Führungskräfte betriebsübergreifend den Wunsch, die Fortbildungen zukünftig nachhaltiger gestalten zu wollen. So könnten z.B. die Inhalte nach einer Präsenzveranstaltung auch danach verfügbar gehalten werden; im Sinne einer Datenbank bzw. eines Informationspools. Auch sollte es Möglichkeiten geben, den Lerntransfer von der Theorie in die Praxis zu unterstützen und durch Abschlusstests den Lernerfolg zu überprüfen. Sogenannte Pflichtfortbildungen könnten als E-Learning zur Verfügung gestellt werden.

Daraus folgt, wie schon im vorstehenden Abschnitt genannt, dass eine stärkere Einbindung der Mitarbeiter_innen in die Fortbildungsplanung notwendig ist, um die Akzeptanz der stattfindenden Fortbildungen und der genutzten Methoden zu erhöhen. Zusätzlich sollte ein System entwickelt werden, das Inhalte von Fortbildungen in Datenbanken zur späteren Verfügbarkeit sammeln kann.

3.2.6 Einstellungen zu Technik und gute Einführung in Technik

Ressourcen und Herausforderungen

Allen Mitarbeiter_innen gemeinsam ist, dass sie aktiv das Internet nutzen. Viele haben die Erfahrung gemacht, dass sie sich das entsprechende Wissen durch „learning by doing“ aneignen können. Dies führt dazu, dass allgemein eine Bereitschaft und ein Optimismus zu erkennen sind, neue Dinge lernen zu wollen und zu können. Die positiven Erfahrungen und die daraus resultierende positive Einstellung sind als Ressource zu verbuchen. Die Erfahrungen und Kompetenzen bezüglich digitaler Medien sind jedoch uneinheitlich und breit gestreut, sodass die vorhandene Heterogenität auch hier als Herausforderung gesehen werden muss.

Aufgrund der unterschiedlichen Voraussetzungen bezüglich der beruflichen Techniknutzung bei den Praxispartnern ist auch ein Unterschied in der Einstellung zu Technik, insbesondere zu Techniknutzung in der Pflege, festzustellen.

Während die Pflegekräfte, die bereits Mobilgeräte als Arbeitsmittel nutzen, die Technik in Form eines digitalen Tourenbegleiters als ein normales und durchaus positives Arbeitsmittel empfinden, konnte bei den Beschäftigten ohne diesen Erfahrungshorizont neben der allgemeinen Bereitschaft auch eine gewisse Skepsis beobachtet werden.

Eine wichtige Ressource in diesem Prozess der Technikeinführung ist die positive Bereitschaft der Führungskräfte, das unterschiedliche Kompetenzniveau der Mitarbeiter_innen zu beachten. Auch die Pflegekräfte halten die sorgfältige Einarbeitung in die neuen technischen Möglichkeiten für essentiell.

Entwicklungsideen

Daraus folgt, dass bei der Einführung der KOLEGE-Software besonders auf eine sorgfältige Technikschi- lung geachtet werden muss, die der Heterogenität der Zielgruppe Pflegekräfte Rechnung trägt.

Für die Pflegekräfte ist es von großer Bedeutung, dass alle in die Lage versetzt werden, gut mit der Technik zurechtzukommen. Dies bezieht sich sowohl auf den sicheren Umgang mit der neuen Software, dem digitalen Tourenbegleiter im Projekt KOLEGE, als auch auf die jetzt schon bei den Praxispartnern in unterschiedlichem technischen Umfang genutzten EDV-Programme. Im zweiten Fall könnten begleitende Wiederholungsschulungen (z.B. Verwaltung, Leistungsabrechnung, MDA) sinnvoll bzw. notwendig sein; insbesondere vor dem Hintergrund der personellen Fluktuationen bei den Pflegekräften, die regelmäßig eine Einarbeitung neuer Mitarbeiter_innen erfordert. Generell bedeutet dies, dass jede Änderung, wie Neuerungen in der Benutzeroberfläche oder Einführung neuer Technik wie der KOLEGE-Software, von entsprechenden Schulungsmaßnahmen begleitet werden sollten. Bei der Planung aller Fortbildungen – Neueinführung, Nachschulung etc. – muss das jeweilige individuelle Kompetenzniveau der Teilnehmenden berücksichtigt werden, um sie *passgenau da abholen* zu können, wo sie *qualifikatorisch stehen*.

3.2.7 E-Learning

Ressourcen und Herausforderungen

Eine zentrale Ressource ist die allgemeine Akzeptanz von E-Learning als neues Lernformat, mit dem viele Pflegekräfte positive Erwartungen und Gestaltungsideen verbinden. Alle Verantwortlichen sind sich darüber einig, dass E-Learning, sei es vom Arbeitsplatz aus, sei es von Zuhause aus, Arbeitszeit sein muss. Eine höhere Flexibilität bezüglich Zeit, Raum und Lerntempo sowie auch der Themen könnte eine höhere Lernmotivation erzeugen. Auch Teile der Leitungskräfte können sich vorstellen, im Bedarfsfall (passender inhaltlicher Kontext) die Möglichkeiten des E-Learnings zu nutzen.

Entwicklungsideen

Die Pflegekräfte äußerten verschiedene Gestaltungsideen für die inhaltliche Entwicklung und die multimediale Gestaltung von E-Learning-Modulen. Für die Pflegekräfte ist es ein wichtiger Punkt, dass digitales Lernen, also das Lernen mit dem Tablet oder dem Computer, die herkömmlichen Fortbildungen nur ergänzen und keinesfalls ersetzen soll. Eine gute Ergänzung könnten anschauliche Schulungs- und Anleitungsvideos sein.

Die Mitwirkung sowohl von Leitungs- als auch Pflegekräften ist bei der Erstellung von Inhalten erwünscht. Auch „Stamm-Dozent_innen“ der Pflegedienste sollten nach Möglichkeit eingebunden werden.

Allgemein wird eine multimediale und interaktive Aufbereitung durch Text, Bilder, Audio, Filme sowie die Möglichkeit der individuellen Bearbeitungsreihenfolge bevorzugt. Die Inhalte der Lernmodule sollten nicht nur zum Lesen sein, sondern auch vorgelesen werden können. Wichtig erscheint die Kürze von Lerneinheiten – nur wenige Minuten – und sehr beliebt sind Anleitungsvideos. Motivationssteigernd wirken eingebaute Quizfragen, die auch die Freude am eigenen Lernerfolg sicherstellen können.

Die Informationen sollten für das E-Learning kurz, knapp und visuell aufbereitet sein – ein Vorschlag war die Erstellung von Comics zum Thema Qualitätsmanagement. Auch Podcasts mit Beispielsituationen und eine Art Gehirnjogging („zufällige Lernhäppchen“) wurde als Gestaltungsideen genannt. Wichtig erscheint den Führungskräften, dass bei der Erstellung von E-Learning die verschiedenen Lerntypen (z.B. der visuelle Lerntyp oder der auditive Lerntyp) Berücksichtigung finden. Als weitere Komponente zur attraktiven E-Learning-Gestaltung wurde ein virtuelles Belohnungssystem mit Orden oder Punkten vorgeschlagen.

Bezüglich der Einführung von E-Learning wurde ersichtlich, dass auch in der Pflegezentrale eine gute Lernumgebung geschaffen werden muss sowie individuelle, gesicherte Zeitfenster für alle Mitarbeiter_innen. Vor allem bei längeren Unterbrechungen im Arbeitsablauf, z.B. am Wochenende zwischen Früh- und Mittagsdienst könnte diese Zeit als Lernzeit genutzt werden.

„Das wäre eine absolut sinnvolle Sache“

Daraus folgt, dass es wichtig ist, die Praxispartner eng in die gemeinsame Erarbeitung eines facettenreichen E-Learning-Angebots einzubinden, um den vielfältigen Erwartungen der Pflegekräfte gerecht zu werden und ihre praxisbezogenen Entwicklungsideen adäquat einzubinden. Dadurch kann auch ein Beitrag geleistet werden, um die innerbetriebliche Bedeutung des Themenkomplexes: *Lernen, Fort- und Weiterbildung* in einer digitalen Welt zu größerer Bedeutung zu verhelfen und als Teil einer Unternehmenskultur zu etablieren.

Aufgrund der unterschiedlichen Organisationsstrukturen bei den beiden Praxispartnern ergibt sich zudem die Notwendigkeit, separate Konzepte zu entwickeln, wie das neue Lernformat E-Learning in das jeweils bestehende Fortbildungssystem passgenau eingebunden werden kann. In diesem Kontext müssen auch die unterschiedlichen Hierarchiestrukturen sowie die sicherheitsrelevanten und datenschutzrechtlichen

Rahmenbedingungen bei der Integration von E-Learning in die jeweilige Fortbildungsinfrastruktur berücksichtigt werden.

3.3 Technikentwicklung

(Luka Philippi/Jens Breuer)

Der technische Fokus der Analysen lag auf der bisherigen Techniknutzung (stationär und MDA) in den Pflegediensten sowie auf den Anforderungen der zukünftigen Technikgestaltung. Gefragt wurde nach den sich daraus ergebenden Ressourcen und Herausforderungen sowie danach, welche Faktoren in der ambulanten Pflege die Einstellung zur Nutzung von Technik beeinflussen (3.3.1). Die Schlussfolgerungen daraus sind in Kapitel 3.3.2 dargestellt. Zudem werden technische Entwicklungsideen aus den vorigen Kapiteln zur Vorbereitung der Entwicklungsphase des Verbundprojekts wieder aufgegriffen und sowohl in Bezug auf Hardwareempfehlungen als auch funktionale Aufgaben, die die MDA erfüllen sollen, diskutiert (3.3.3). Die funktionalen Aufgaben werden dabei in die Teilbereiche „Kommunikation“, „Information“ und „Lernen“ sowie die sich daraus ergebenden „technischen Anforderungen“ unterteilt.

3.3.1 Techniknutzung und Erfahrungen

3.3.1.1 Private Computernutzung und Kompetenzen

Eine Umfrage in den Pflegediensten zur privaten Computernutzung spiegelt die bereits erwähnte (siehe Kapitel 3.1.7) große Heterogenität in Technikkompetenz und Techniknutzung unter den Beschäftigten wieder. Computer und Mobiltelefone bzw. Smartphones sind im Schnitt seit 14 Jahren in den Privathaushalten der Mitarbeiter_innen vorhanden. Es besteht eine durchschnittliche Nutzungsdauer internetfähiger Geräte von ca. acht Stunden pro Woche. Allerdings zeigen sich an dieser Stelle deutliche Unterschiede. So gibt es Beschäftigte, die angeben, den ganzen Tag online zu sein und das als gängig zu empfinden. Andere Mitarbeiter_innen empfinden eine Nutzung von mehr als zwei Stunden bereits als ermüdend. Die Internetnutzung scheint eher bewusst durchgeführt zu werden. Die Befragten gaben an, nicht dauernd online zu sein, nicht ständig ihre E-Mails abzurufen und das Internet auf ihrem Smartphone erst dann zu aktivieren, wenn es benötigt wird. Zur Internetrecherche wird meist Google eingesetzt, die Auswahl von Webseiten erfolgt dann eher intuitiv. Obwohl bekannt ist, dass Wikipedia keine sichere Informationsquelle ist, wird es gern genutzt. Gleiches gilt für Anleitungsvideos (für pflegerische Maßnahmen wie z.B. Katheterisierung) auf YouTube. Es wird also unabhängig von Zuverlässigkeit und Sicherheit das genutzt, was einfach verfügbar ist.

Einige Befragte nutzen nicht regelmäßig einen E-Mail-Account. Es gibt auch Mitarbeiter_innen, die keine private E-Mailadresse besitzen. WhatsApp wird von den meisten genutzt und ist allen bekannt. Die Kommunikation über solch einen Messenger empfinden sie als unmittelbarer. Rückmeldungen oder Reaktionen erfolgen schneller. WhatsApp ersetzt vielfach die E-Mail-Kommunikation, oft auch das Telefonieren.

Einige Beschäftigte zeigen sich bereits in der weitergehenden Nutzung von Schnittstellen versiert, sie nutzen etwa die Bluetooth-Schnittstelle ihrer Mobilgeräte, um zu Drucken oder um Musik von ihrem Smartphone über externe Lautsprecher zu hören.

Insgesamt sind Erfahrungen mit Computern, Smartphones und dem Internet also vorhanden. Internetrecherche zur Informationsbeschaffung – privat und beruflich – ist bekannt, ebenso wie die Kommunikation via E-Mail oder Messenger. Diese Kompetenzen erleichtern wohlmöglich die Einführung und Nutzung der KOLIGE-App. Die Aufbereitung von Informationen für die MDA sollte sich an den beliebten Formaten orientieren, die schon im privaten Umfeld genutzt werden (Wikipedia, YouTube-Videos).

3.3.1.2 Techniknutzung in den Pflegediensten

Stationäre Nutzung

In beiden Pflegediensten wurden in den vergangenen Jahren analoge Prozesse durch den Einsatz von Technik digitalisiert. So wird beispielsweise die Tourenplanung nicht mehr per Steckkartensystem, sondern

mittels digitaler Tourenplanung einer Branchensoftware vorgenommen. Es stehen stationäre Computer mit der Branchensoftware und Office-Anwendungen (Word, Outlook, Excel) zur Verfügung. In der Regel haben Verwaltungskräfte eigene Computer, während sich die Pflegekräfte für Dokumentationen zwei bis drei Computer in der Zentrale teilen. Alle Mitarbeiter_innen haben individuelle Zugänge und Berechtigungen. Dies soll auch für die KOLEGE-App beibehalten werden. Dokumente des Qualitätsmanagements, Fortbildungsmaterialien, Dokumentationen und sensible Daten liegen im jeweiligen Intranet der Pflegedienste und sind dort für die Mitarbeiter_innen verfügbar. Auf diese Weise wird die Einhaltung des Datenschutzes sichergestellt.

Datenschutzrechtlich relevante Informationen müssen zwangsläufig Eingang in die Branchensoftware finden. Schließlich wird diese zur Verwaltung der Patient_innen (Stammdaten, Verträge, Maßnahmenpläne etc.), zur Abrechnung, Dokumentation, Zeiterfassung und der Dienst- und Tourenplanung genutzt sowie für Fortbildungsnachweise der Mitarbeiter_innen. Branchensoftware wird für die ambulante Pflege seit Jahrzehnten entwickelt und an die Bedarfe der Pflegedienste angepasst. Der Fokus liegt hier aber häufig auf den Bedarfen der Pflegedienstleitungen. Die KOLEGE-App soll Branchensoftware nicht ersetzen, sondern mit Blick auf die Bedarfe der Pflegekräfte ergänzen.

In Kapitel 3.1.3 wurden die parallel laufenden Kommunikationswege in der ambulanten Pflege bereits dargestellt. Um diese zu ermöglichen, sind alle gängigen Kommunikationsgeräte im Einsatz: Faxgeräte (für die Kommunikation mit Ärzten, Apotheken, Versicherungen etc.), Telefone in der Zentrale, dienstliche und private Mobiltelefone, die zum Teil mit Freisprecheinrichtungen der Fahrzeuge verbunden sind, sowie Computer mit Outlook zum Mailversand.

Die Computernutzung in der Pflegezentrale variiert stark, da Pflegehilfskräfte kaum den Computer nutzen (müssen). Dagegen sind Pflegefachkräfte für vielfältige Dokumentationsarbeiten zuständig, für die auch die PC benötigt werden. Für Verwaltungskräfte gehört der Umgang mit Computern zu den Hauptaufgaben (z.B. für die Tourenplanung oder Qualitätssicherung). Diese Unterschiede in der Intensität der Techniknutzung tragen maßgeblich zu unterschiedlichen Ausprägungen in Bezug auf Techniksepsis bzw. Sicherheit im Umgang mit Technik bei (siehe Kap. 3.1.7).

Mobile Nutzung

In einem der beiden Pflegedienste wird bereits ein Tablet mit Zugang zur Branchensoftware zur Beratung bei Kunden eingesetzt. Im zweiten Pflegedienst ist die Anschaffung eines Tablets für diese Zwecke in Vorbereitung. Beide Pflegedienste betonen, dass der Einsatz der Tablets bei Erstbesuchen eine große Arbeitserleichterung ist, da die nötigen Eingaben direkt beim/bei der Kund_in vorgenommen werden können, anstatt sie erst auf Papiervorlagen zu notieren, die anschließend in das digitale System eingepflegt werden müssen.

Einer der beteiligten Pflegedienste hat bereits vor zwei Jahren MDA (Mobile Digital Assistent) eingeführt. Die MDA werden vom Pflegedienst gestellt und sind einzelnen Mitarbeiter_innen fest zugeordnet, sodass auch die Daten der MDA den jeweiligen Mitarbeiter_innen zugeordnet werden können (auch nach Übertragung der Daten auf den stationären PC). Zur Einhaltung des Datenschutzes und zur Kontrolle des Datenverbrauchs sind die Funktionen der MDA-Smartphones stark von der IT-Abteilung des Unternehmens eingeschränkt. Es gibt keinen Zugang zum Internet und keine Möglichkeit, weitere Apps herunterzuladen oder zu nutzen. Lediglich Telefonieren und die Nutzung der Branchensoftware sind vorgesehen. Aus diesen Restriktionen ergeben sich zum einen die Bedarfe der Pflegekräfte an weiterem Funktionsumfang und zum anderen eine strenge IT-Infrastruktur, in die die KOLEGE-App eingebettet werden muss.

MDA werden genutzt, um wichtige Patienteninformationen und Tourenpläne unterwegs verfügbar zu machen sowie zur mobilen Zeiterfassung. Die Daten werden während des Einsatzes bei den Patient_innen erfasst. Pausen, Besprechungen oder Fortbildungen werden zeitlich wie ein Pflegeeinsatz im MDA erfasst. Nach Abschluss der Tour werden die Daten vom MDA übertragen und stehen dann in der Branchensoft-

ware zur weiteren Bearbeitung zur Verfügung. Neben der reinen Zeiterfassung können auch Notizen gemacht sowie Rückmeldungen gegeben werden. Die Rückmeldungsfunktion der MDA dient der Erklärung, warum es gegebenenfalls zu Zeitverzögerungen (z.B. Stau oder längere Versorgungszeiten) gekommen ist oder warum Leistungen nicht erbracht wurden. Hierzu kann aus verschiedenen Rückmeldungskategorien gewählt oder ein freier Text eingegeben werden. Dies ermöglicht der Verwaltungskraft, Abweichungen von der Tourenplanung nachzuvollziehen, ohne erneute Rücksprache mit der Pflegekraft halten zu müssen. Zudem können Rückmeldungen, die sich auf anhaltende Veränderungen beziehen (z.B. längere Fahrwege wegen einer länger bestehenden Baustelle), in die zukünftige Tourenplanung einfließen.

Einschätzung der Führungskräfte

Die Führungskräfte eines der beteiligten Pflegedienste gaben an, einen gesellschaftlich verbreiteten verstärkten Anspruch an die Unternehmen wahrzunehmen, der vermehrten Technikeinsatz fordert. Spürbar wird dies durch Anfragen an den Pflegedienst, die mehr und mehr per E-Mail eingehen statt persönlich oder telefonisch, oder auch durch Patient_innen und Angehörige, die sich über Leistungen und Pflegeansprüche vor dem Erstgespräch mit dem Pflegedienst im Internet informieren. Die Führungskräfte beider Pflegedienste sind der Ansicht, dass Digitalisierung in vielen Bereichen des beruflichen und privaten Umfelds weiter zunehmen wird. Daher legen sie Wert auf die aktive Mitgestaltung von digitaler Technik zur Unterstützung im ambulanten Pflegealltag.

Ressourcen

Der erste große Schritt in Richtung Digitalisierung, nämlich die Einführung der Branchensoftware, wird in beiden Unternehmen als große Ressource wahrgenommen. Die Software stellt eine Erleichterung und Entlastung der Planungen dar. Insbesondere die Tourenplanung ist einfacher geworden, da sie flexibler und transparent gestaltet werden kann.

Einigen Pflegekräften macht die neue Arbeit am Computer Spaß und zum Teil sind seit der Einführung der Branchensoftware und digitaler Dokumentation gesteigerte Kompetenzen im Umgang mit Technik spürbar.

Vor der Einführung der MDA bei einem der beteiligten Pflegedienste schienen bei vielen Pflegekräften dahingehend Bedenken zu bestehen, dass die Geräte als störend oder als Kontrolle empfunden wurden. Die daraus entstandenen Mehrwerte und ihre gute Einführung in das Unternehmen wirkten dem jedoch schnell entgegen. Die Rückmeldungen zu den MDA sind inzwischen überwiegend positiv. Sie werden vor allem als zuverlässig beschrieben. Selten ‚hängt‘ sich ein Gerät auf, und wenn doch, kann dies in der Regel von den Pflegekräften selbst durch einen Neustart behoben werden. So wie die Branchensoftware in den Zentralen als Entlastung wahrgenommen wird, so empfinden die Pflege-, Verwaltungs- und Führungskräfte auch die MDA als Erleichterung und Entlastung, da weniger Rücksprachen notwendig sind und ihnen mehr Informationen unterwegs zur Verfügung stehen als zuvor auf Papier. Zudem werden die Touchdisplays der MDA als intuitiv bedienbarer empfunden als Tastatur und Maus der stationären Computer, sodass die Nutzung der MDA den Vorlieben vieler Pflegekräfte entgegenkommt.

Die MDA bieten den Pflegekräften die Möglichkeit und Sicherheit, sich orts- und zeitunabhängig auf die kommende Tour vorzubereiten, selbstständig die Reihenfolge der Patient_innen zu ändern, einzelne Patient_innen oder gar ganze Touren mit Kolleg_innen zu tauschen. Die MDA fördern demnach die Flexibilität und Selbstbestimmung der Pflegekräfte (siehe dazu auch Kap. 3.1.8).

Herausforderungen

Die Kompetenzen im Umgang mit Technik mögen in den letzten Jahren zwar generell zugenommen haben, allerdings zeigen sich auch hier die Unterschiede. Probleme mit der Hardware gibt es seltener, Schwierigkeiten ergeben sich eher aus dem Umgang mit der Software. So haben manche Mitarbeiter_innen trotz

vieler Angebote Schwierigkeiten damit, einfache Arbeiten am Computer zu erledigen, wie z.B. das Abspeichern einer Datei in einem bestimmten Verzeichnis. Führungskräfte betonen, dass wiederholtes Erklären, Lernzettel und Handlungsanweisungen kaum fruchten. Dies verdeutlicht die Hemmschwelle, die manche Pflegekräfte für die Techniknutzung überwinden müssen. Diese zeigt sich auch darin, dass die PC-Nutzung teilweise so lange aufgeschoben wird, dass neue persönliche Passwörter vergeben werden müssen (da die vorherigen inzwischen aus Sicherheitsgründen zurückgesetzt wurden).

Die Nutzung von Computer und Internet in den Pflegezentralen wird von den Pflegekräften zum Teil als problematisch empfunden. Wie auch beim Übergabebuch kommt es zur Überfrequentierung der Computer oder zu eingeschränkten Nutzungsmöglichkeiten aufgrund der Öffnungszeiten der Büros. Die Pflegekräfte kritisieren in diesem Zusammenhang, dass zu wenige Computerarbeitsplätze vorhanden sind und zeitweise zu wenig Ruhe in den Büros herrscht, wenn sie sich auf die Arbeiten am PC konzentrieren müssen. Zudem werden die Zugriffsbeschränkungen zum Teil als unpraktisch empfunden: die private Internetnutzung ist untersagt, viele Seiten sind gesperrt, sodass die Pflegekräfte in ihren Recherchemöglichkeiten eingeschränkt werden.

Updates – vor allem bei Änderungen der Oberfläche – führen zu Verunsicherung. Selbst bei den technikaffineren Kolleg_innen kann die Kombination von Zeitdruck und technischen Störungen bzw. Neuerungen Verunsicherung im Umgang mit der Technik hervorrufen, besonders wenn keine eigenen Lösungen zur Behebung der Störung gefunden werden. Geschieht dies auf der Pflgetour, sind die Pflegekräfte auf sofortige Unterstützung durch die Pflegezentrale angewiesen.

In die MDA eingegebene Rückmeldungen können während der Touren von anderen Pflegekräften nicht eingesehen werden. Auch die Bürokräfte haben erst nach Ende der Tour Zugriff darauf, da die Datenübertragung erst in der Zentrale erfolgt. Informationen müssen deswegen manchmal mehrfach weitergegeben werden. Bei dringenden Rückmeldungen, die die Tourenplanung betreffen, wird zusätzlich per Telefon der/die Tourenplaner_in informiert sowie bei Bedarf die anderen Pflegekräfte durch das Übergabebuch und Mitteilungszettel (siehe auch Kapitel 3.1.3).

Bei mobilen Geräten setzt die Akkulaufzeit dem Einsatz Grenzen. Daher haben sich manche Pflegekräfte Powerbanks besorgt und es wurden Ladekabel für die Autos verteilt.

Da nur wenige Pflegekräfte wissen, wie Rufumleitungen eingerichtet werden, tragen diejenigen in Rufbereitschaft bis zu drei Mobiltelefone bei sich: das Rufbereitschaftshandy, das MDA und das eigene Handy, sofern vorhanden.

Entwicklungsideen

Bei der Einführung der KOLEGE-App müssen die oben geschilderten Herausforderungen ernst genommen werden. Die Gestaltung sollte möglichst intuitiv und selbsterklärend sein. Schulungen müssen an den Kompetenzen der Mitarbeiter_innen anknüpfen und im Alltagsgebrauch müssen schnell Hilfen verfügbar sein. Die Nutzung der KOLEGE-App zur Weitergabe von Informationen von unterwegs könnte die Überfrequentierung des Übergabebuchs reduzieren. Im Rahmen des Verbundprojekts werden wohl keine Pushbenachrichtigungen in die Branchensoftware eingeführt – allerdings kann dieser Wunsch für die Entwicklung der KOLEGE-App berücksichtigt werden. So könnten auf dem MDA Symbole erscheinen, die auf den Eingang neuer Nachrichten (Chat, Messenger, digitaler Kurzmitteilungszettel), neuer Einträge im Übergabebuch oder aktualisierte Informationen aufmerksam machen. Aufgrund der zum Teil schlechten oder vollständig unterbrochenen Internetverbindung auf der Tour sollte die App zumindest in Teilen offline nutzbar sein.

Obwohl die MDA mit der Branchensoftware vieles erleichtert haben, vermissen die Pflegekräfte noch einige weitere Funktionen unterwegs, zu denen bereits in den vorigen Kapiteln Entwicklungsideen dargestellt wurden. Diese werden in Kapitel 3.3.3 zusammengefasst.

3.3.2 Einführung neuer Technik

Die Einführung neuer Technik in einem bestehenden System steht in wesentlichem Zusammenhang mit deren Akzeptanz und späteren Nutzung. Zusätzlich beeinflussen die persönliche Einstellung zur Technik allgemein, die „Fehlerkultur“ (Harteis et al. 2006) im Pflegedienst, also der positive und lernförderliche Umgang mit Fehlern, sowie die Unterstützung nach der Einführung im Arbeitsalltag den nachhaltigen Kompetenzerwerb und dadurch die Bereitschaft zur Nutzung neuer Technologien. Im Folgenden wird zunächst beschrieben, welche Herausforderungen bei der Einführung digitaler Technik in der ambulanten Pflege zu beachten und welche Schlussfolgerungen daraus zu ziehen sind. Im Anschluss werden Entwicklungsideen dargestellt sowie offene Fragen für die Entwicklungsphase aufgeworfen.

Herausforderungen

Je nach Persönlichkeit, individuellen Kompetenzen und Kommunikation wird (neue) Technik als Herausforderung oder Chance angesehen. Machen die Führungskräfte einen zu skeptischen Eindruck, wirkt sich dies verunsichernd auf die Pflegekräfte aus. Überbegeisterung hingegen kann dazu führen, dass sich Pflegekräfte in ihren Sorgen nicht ernst genommen fühlen. Beides erschwert die Einführung.

Hinzu kommen die unterschiedlichen Technikkompetenzen. Technikaffine Beschäftigte werden sich schneller mit technischen Neuerungen vertraut machen können, als technikferne. Auch die Gewöhnung an unterschiedliche Betriebssysteme (Windows, Android, iOS) kann sich auf die Einführung auswirken.

Bei der Einführung und entsprechenden Schritten sowie Schulungen ist insbesondere die geschilderte Heterogenität in der Technikkompetenz sowie individuelle Lerngeschwindigkeiten unter den Beschäftigten zu berücksichtigen.

„Man muss sie da abholen, wo sie stehen“

Hinzu kommt, dass die Einführung der Technik in bestehende Strukturen „on top“ zum Alltagsgeschäft erfolgt, was eine zumindest zeitweise höhere Belastung mit sich bringen kann, bevor die Vorteile der neuen Technik wahrgenommen werden.

Schlussfolgerungen

Die Einführung von MDA in einem ambulanten Pflegedienst beginnt nicht erst mit der Schulung der Mitarbeiter_innen. Vielmehr sollten die Beschäftigten von Anfang an mit in die Entscheidung für oder gegen die MDA und deren Funktionsumfang einbezogen werden. Ihnen sollte vermittelt werden, dass sie mitgestalten können, dürfen und sollen, damit bei ihnen nicht schon zu Beginn der Eindruck entsteht, dass ihnen „von oben etwas übergestülpt“ wird. An dieser Stelle beginnt auch der Einfluss der Kommunikation. Der Nutzen der Veränderungen sollte in den Vordergrund gestellt werden und zeitgleich benannt werden. Über die gesamte Einführungsphase sollte der Nutzen der Veränderungen in den Vordergrund gestellt werden.

Es empfiehlt sich, in Kontakt mit anderen Unternehmen oder Dienststellen in der eigenen Organisation zu treten, die bereits MDA eingeführt haben, um sich über die Erfahrungen damit auszutauschen. Die Präsentation eines MDA von einer Pflegekraft, die täglich damit arbeitet, könnte dazu beitragen, erste Ängste zu reduzieren. Wird zeitgleich stationäre und mobile Software neu eingeführt, empfiehlt sich (sofern möglich) eine zweistufige Einführung. Zunächst sollte die stationäre Software eingeführt werden, bis die Kenntnisse im Umgang damit gefestigt sind, dann die mobile.

Wurden die Mitarbeiter_innen in den Entscheidungs- und Einführungsprozess mit einbezogen und ist die räumliche und technische Infrastruktur zur Einführung vorbereitet, sollten Schulungen zur Techniknutzung angeboten werden. Diese sollten die Lerngeschwindigkeit, bisherige Kenntnisse und Aufgabenbereiche berücksichtigen und bei Bedarf oft genug wiederholt werden. Erste Schritte sollten gemeinsam praktisch

umgesetzt werden, um Berührungspunkte zu reduzieren. Begleitend zu Schulungen sollten verständlich aufbereitete Leitfäden und Benutzerhandbücher bereitgestellt werden. Multiplikator_innen, die in der Anfangszeit unterstützen und Support leisten, brauchen gegebenenfalls umfangreichere Einweisungen und sollten nach Möglichkeit technisches und fachliches Knowhow mitbringen, um den Pflegekräften im alltäglichen Umgang mit den MDA Hilfestellung leisten zu können.

Übergangsphasen, in denen sowohl das gewohnte Verfahren zur Sicherheit beibehalten werden kann, als auch das neue Verfahren bereits erprobt wird, reduzieren den Druck, unmittelbar nach der Schulung in der Lage sein zu müssen, die Technik korrekt zu verwenden („Learning by doing“). Die Mitarbeiter_innen sollten auch dazu animiert werden, sich gegenseitig zu unterstützen. Nach einigen Wochen sollte die Einführung evaluiert und geprüft werden, ob Bedarf an Nachschulungen besteht. Außerdem sollte die Möglichkeit zum Austausch über die ersten Erfahrungen und Herausforderungen geschaffen werden.

3.3.3 Zusammenfassung der Entwicklungsideen

In den Kapiteln 3.1, 3.2 und 3.3.1 wurden bereits viele Entwicklungsideen auf funktionaler Ebene genannt, die in der kommenden Phase des Projekts in die Entwicklung der Kommunikations-, Informations- und Lernsoftware einfließen. An dieser Stelle sollen nicht noch einmal alle Ideen genannt werden. Stattdessen werden die Entwicklungsideen zu den drei Bereichen „Kommunikation“, „Information“ und „Lernen“ zusammengefasst. Im Anschluss daran werden Funktionen und Hardwareanforderungen aufgelistet, die für die Geräte und die drei Bereiche übergreifend als hilfreich gelten.

Kommunikation

Die MDA sollen für einfachere, nachhaltigere und schnellere Kommunikation orts- und zeitunabhängig betriebsintern und –extern (Ärzte, Krankenhäuser, Hausnotruf, Apotheken) genutzt werden können. Dazu gehört beispielsweise:

- Digitale Mitteilungen (durch Chat oder Messenger)
- Digitales Übergabebuch
- Mailversand an funktionale Gruppen (Führungskräfte, Pflegekräfte, Pflegehilfskräfte etc.)
- Digitale Medikamentenbestellungen
- „Rückmeldungssystem“ über Kennzeichenname von Informationen

Information

Die MDA sollen aktuelle Informationen orts- und zeitunabhängig einfacher und schneller verfügbar machen. Zu solchen Informationen zählen beispielsweise:

- QM, Dienstanweisungen, Anleitungen und Checklisten
- Telefonlisten
- Lexika

Lernen

MDA sollen nutzbar sein für orts- und zeitunabhängiges Lernen, inklusive der Erfassung von Lernfortschritten und Bearbeitungsständen sowie einer Fortbildungshistorie. Dazu gehört beispielsweise:

- Offline verfügbare Lernnuggets
- Vielfältige Lernformate (Videos, Podcasts, ...)
- Interaktive Lernplattform mit Kolleg_innen?

Übergreifende und technische Anforderungen

Die MDA sollten im Optimalfall eine Größe zwischen 5 und 7 Zoll aufweisen. Kleinere Smartphones würden Videos oder PDF-Dateien zu klein darstellen, größere Tablets wären im Berufsalltag möglicherweise zu unhandlich. Sie sollten stoß- und kratzfest sowie spritzwassergeschützt sein. Eine weitere Möglichkeit wäre die Beschaffung von Schutzhüllen, die diese Kriterien erfüllen. Bei der Auswahl der Geräte sollte zudem auf Desinfektionsmöglichkeiten geachtet werden. Die Akkuleistung sollte gut sein. Außerdem sollten Powerbanks und/oder Ladekabel für Autos beschafft werden. Die Geräte sollten sich sowohl mobil als auch per WLAN mit dem Internet verbinden können. Ausreichender Speicherplatz zur Offline-Nutzung mancher Inhalte der Software sollte ebenfalls berücksichtigt werden.

Funktionen moderner Smartphones und Tablets wie Telefonfunktion, Rufumleitungen, intelligente Wortvervollständigung und -korrektur, Audiofunktionen, Spracherkennungssoftware, Sprachnachrichten und -notizen sowie Vorlesefunktionen sollten verfügbar sein. Zudem sollten kabellose Verbindungen (z.B. via Bluetooth) zu anderen Geräten (Fax, Drucker, Freisprecheinrichtung) möglich sein.

Die KOLEGE-Software sollte auf allen gängigen Smartphones und Tablets mit allen derzeitigen Betriebssystemen nutzbar sein und in die vorhandene IT-Struktur eingebettet werden können. Die KOLEGE-App sollte sich dazu eignen, sowohl mit ihrer Hilfe erstmals MDA in einem Pflegedienst einzuführen als auch vorhandene MDA um weitere Funktionen zu erweitern. Folgende Kriterien sollte die App in allen drei Bereichen erfüllen:

- Einfache und personalisierte Zugangsdaten mit verschiedenen Berechtigungen
- Intuitive Bedienbarkeit, „Barrierearmut“ (einfache Sprache, Icons)
- Responsive Darstellung für alle Endgeräte zwischen 5 und 7 Zoll
- Filter- und Suchfunktionen
- Pushbenachrichtungen oder Symbole für Aktualisierungen und Mitteilungen
- Online- und Offline-Nutzungsmöglichkeit
- Verschlüsselung aller Datenübertragungen
- Einfaches Content-Management-System im Hintergrund um Aktualisierung der Inhalte zu vereinfachen
- Formulare mit „AutoFill“-Funktion (z.B. für digitale Medikamentenbestellung)
- Einfaches „Durchklicken“ verhindern (Lernmodule, Leistungsabzeichnung)
- Elektronische Unterschrift (Vertrag, Leistungsabrechnung) (hier sind die rechtlichen Möglichkeiten seitens der Leistungsträger zu klären)

Ideal wären Schnittstellen der KOLEGE-App zu anderen Systemen wie der verwendeten Branchensoftware oder weiteren Informationsapps, z.B. „Rote Liste“ und „Arznei aktuell“, um alle Informationen in einer Software mobil und einfach bedienbar verfügbar zu haben und übertragen zu können. Zudem sollten Fortbildungen, die auf dem MDA absolviert wurden, automatisch in der Branchensoftware eingetragen werden. Das setzt allerdings die Bereitschaft der Anbieter dieser Softwarelösungen zur Öffnung ihrer Schnittstellen voraus.

3.3.4 Offene Fragen für die Entwicklungsphase

Die Analysephase hat umfassende Einblicke in die IT-Infrastruktur der Pflegedienste geliefert, in die die KOLEGE-App eingebettet werden soll. Außerdem konnten viele Entwicklungsideen und technische Anforderungen zusammengetragen werden. Was davon in welcher Form in der Entwicklung der KOLEGE-App umgesetzt werden kann, wird sich in der kommenden Entwicklungsphase konkretisieren.

Eine Frage, die geklärt werden muss, ergibt sich aus der Spanne zwischen technischer Möglichkeit und tatsächlicher Nutzung. So wünschen sich manche Pflegekräfte GPS-Tracking für Notfälle. Dies wurde beispielsweise als sicherheitsvermittelnde Funktion in Situationen empfunden, in denen die Pflegekräfte Ängste entwickeln könnten (z.B. wenn sie abends allein in einer unsicheren Gegend unterwegs sind). In einem Patientennotfall oder wenn Hilfe benötigt wird, könnte GPS außerdem dabei helfen, in der Nähe arbeitende Kolleg_innen schnell auszumachen, sodass diese direkt kontaktiert werden können. Andere Pflegekräfte hingegen wehren sich gegen die Kontrollmöglichkeiten, die GPS-Lokalisationen mit sich bringen (siehe Kap. 3.1.8).

In Diskussionen über die Verstetigung der Nutzung der entwickelten Tourenbegleiter wurde thematisiert, wie Änderungen (gesetzliche, medizinische, normative etc.) nach Abschluss der Projektphase in das entwickelte System eingepflegt werden könnten:

- Wer aktualisiert und pflegt die Inhalte nach Abschluss des Projektes?
- Wie lassen sich die erforderlichen Kenntnisse bei den Projektbeteiligten der Pflegedienste durch Schulungen zur Medienkompetenz vermitteln?
 - Zur Bedienung des CMS (Content Management System)
 - Zur Erstellung von Inhalten (Autorenschulungen)
 - Zum lernfördernden Einsatz von multimedialen Elementen in den Lerneinheiten

Damit ist die Frage nach der Nachhaltigkeit der digital verfügbaren Informationen und Lerneinheiten gestellt. Da diese den größten Nutzen erbringen, wenn sie zumindest zu einem großen Teil betrieblich gesteuert und den betrieblichen Bedarfen wie Gegebenheiten angepasst sind, müssen für diese Anforderungen betriebliche Ressourcen bereitgestellt werden.

4 Digitalisierung der ambulanten Pflege: Übergreifende Schlussfolgerungen aus der ersten Analysephase

(Peter Bleses)

Erkenntnisse aus der Analysephase des Projekts KOLEGE lassen einige übergreifende Schlussfolgerungen zu den Herausforderungen der Digitalisierung in der ambulanten Pflege zu, die sich in verschiedene Aspekte unterteilen.

Digitalisierung, Arbeitsqualität und gegenwärtige Arbeitsbelastung

Zentrale Ziele der Digitalisierung in der ambulanten Pflege bestehen darin, einerseits die Organisation der Pflege effizienter zu gestalten und andererseits – so jedenfalls das Ziel im Projekt KOLEGE – die Arbeitsqualität der Pflege- und Führungskräfte zu verbessern. Hierzu gehört neben einer stark am Techniknutzen der beteiligten Gruppen orientierten Vorgehensweise auch die Hoffnung, Arbeitsaufwand einsparen zu können, um die Arbeitslast insgesamt zu senken.

Die Realität der Einführung digitaler Technik und auch der MDA sieht aber zumindest in Teilen anders aus. So benötigt die Einführungsphase der Technik in der Regel einen Mehraufwand, der u.a. in (wiederholten) Schulungen und notwendigen Abstimmungsprozessen über die Nutzung und die Integration der Geräte in die Arbeitsorganisation (s.u.) besteht. Zum Teil führt die Einführung digitaler Technik auch direkt zu Mehrarbeit, die zum Beispiel aus einer Verdopplung der Bearbeitung bestehen kann, wenn neue digitale Bearbeitungswege und alte analoge Wege nebeneinander bestehen müssen. Dieses Nebeneinander kann rechtlich induziert sein (z.B. im Falle der Dokumentation, die auch bei digitaler Bearbeitung in einem Exemplar bei den Patient_innen vorgehalten werden muss), es kann aber auch daran liegen, dass noch nicht alle digital arbeiten oder dass die Bearbeitungswege noch nicht ausreichend abgestimmt sind.

Daraus resultiert, dass die Einführung digitaler Technik – wie viele andere Reorganisationsprozesse – zunächst einmal einen Berg an Mehrarbeit verursacht, der überwunden werden muss. Gelingt dies, kann später von einem geringeren Arbeitsaufwand durch eine gut funktionierende und auf die Nutzerbedarfe abgestimmte digitale Technik profitiert werden. Zu Beginn sehen die Führungs- und Pflegekräfte aber erst einmal den Anstieg zum Arbeitsberg vor sich, die tieferliegende Ebene dahinter ist noch nicht zu erkennen. Man benötigt also einerseits Vertrauen, dass die Arbeitsentlastung und auch die Effekte einer besseren Arbeitsqualität durch gute Kommunikations-, Informations- und Lernprozesse tatsächlich eintreten werden. Andererseits wäre auch ein wenig Entlastung bei den Kernaufgaben sinnvoll, um den Mehraufwand der Einführung digitaler Technik stemmen zu können.

Das ist in der ambulanten Pflege gegenwärtig aber – zumindest außerhalb geförderter Projekte – kaum einzurichten. Im Gegenteil geht die ambulante Pflege derzeit mit einer sehr hohen Arbeitsbelastung aller dort tätigen Gruppen (Geschäftsführung, Pflegedienstleitung, Verwaltungskräfte, Pflegefach- und Assistenzkräfte) in die Digitalisierung hinein. Die Sorge vieler Kräfte, die zusätzliche Arbeitslast nicht bewältigen zu können, ist daher nicht von der Hand zu weisen. Hohe Belastungen oder gar anhaltende Überlastungssituationen müssen jedenfalls als Stolpersteine der Einführung mitgedacht werden.

Technikeinführung organisatorisch einbinden

Zum Mehraufwand der Einführung digitaler Technik in die ambulante Pflege gehört deren komplexe organisatorische Einbindung, die aus den Analysen hervorgeht. Diese Notwendigkeit zeigt sich in verschiedener Hinsicht. Hervorstechend ist das Erfordernis, die vielfältigen analogen und (nun auch) digitalen betrieblichen Wege der Kommunikation zu koordinieren: was wird wann, an wen, wo, digital, analog oder persönlich kommuniziert? Hinzu kommen die zeitlichen und vielleicht auch örtlichen Veränderungen der Arbeitsvor- und Arbeitsnachbereitung (z.B. von daheim nach der Tour?) sowie die (Neu-)Regelung von Aufgabenverteilungen in der Kommunikation zwischen der Pflegedienstleitung, den Pflegefach- und Assistenzkräften.

Zu bedenken ist bei der Einbindung der MDA in die Fortbildung auch die zeitliche und örtliche Reorganisation der Planung, Durchführung und Anerkennung von Fortbildungsleistungen. Und bei der Anbindung des Qualitätsmanagements ist zu überlegen, wie und von wem die Materialien für die MDA aufbereitet und aktuell gehalten werden. Das gilt auch für sämtliche andere Informationsmaterialien, die auf den Geräten verfügbar sein sollen. Dabei ist zu regeln, welche Materialien das überhaupt sein sollen und welche vielleicht besser analog verfügbar bleiben sollen. Sind sie analog und digital verfügbar, muss festgelegt werden, welche im Falle von Abweichungen formell gelten.

Digitalisierung als pflegefremde Aufgabe in der Interaktionsarbeit Pflege

Die Analysen haben gezeigt, dass die ambulante Pflege keine technikferne Branche an sich ist. Technische Hilfsmittel gehören seit langer Zeit zur Pflege. Etwas anders verhält es sich mit der digitalen Technik. Sie ist als Arbeitsmittel für manche Pflegekräfte tatsächlich Neuland, während sie in den meisten Pflegezentralen und so auch bei den Pflegediensten im Projekt KOLEGE bereits seit einiger Zeit zum Standard geworden ist. Daraus sollte nicht kurzgeschlossen werden, dass die Pflegekräfte der Digitalisierung generell ablehnend gegenüberstehen. Vielfach haben sie bereits im Privatleben Erfahrungen damit gesammelt, sei es am PC oder mit dem Smartphone oder Tablet. Aber der Einsatz im pflegerischen Berufsalltag kann dennoch Skepsis hervorrufen, wenn noch keine Erfahrungen damit vorliegen. Das betrifft neben der Skepsis, ob die MDA einen Vorteil für die eigene Pflegearbeit erbringen, insgesamt auch die Sorge, dass die Technik die Interaktionsbeziehung zu den Patient_innen beeinflussen könnte (Technik könnte sich ‚zwischen‘ den/die Patient_in und die Pflegekraft schieben, etwa hinsichtlich der Aufmerksamkeit, der Bedarfsgerechtigkeit, der Beobachtungsfähigkeit). Wie genau sie sich hier auswirken könnte, blieb den Pflegekräften, die noch nicht damit gearbeitet haben, notwendiger Weise abstrakt. Dennoch ist diese Sorge manifest. Sie ist vielleicht sogar stärker als die Sorge vor Kontrolle der eigentlichen Arbeit, der Arbeitswege und der Arbeitszeit, wengleich hier schon die kleinen Freiräume, die man sonst auf der Tour hatte, verloren gehen könnten. Meist wird dem eigenen Arbeitgeber aber Vertrauen entgegengebracht, dass die Software- und Gerätemöglichkeiten nicht über Gebühr für Kontrollzwecke ausgenutzt werden.

Insgesamt zeigt sich aber schon, dass die Pflegekräfte, die bereits Erfahrungen mit den MDA gesammelt haben, dem Einsatz grundsätzlich und auch der Erweiterung der Einsatzmöglichkeiten offener gegenüberstehen als Pflegekräfte ohne diese Erfahrungen. Natürlich können sich die digital erfahreneren Pflegekräfte auch schon reflektierter dazu äußern, welche Anforderungen sie an die Technik und die Software haben, weil sie die Lücken in bestehenden Systemen besser erkennen können.

Letztlich bleibt die Arbeit mit digitaler Kommunikations-, Informations- und Lerntechnik aber etwas, was der Pflege an sich nicht inhärent ist, also eine relativ ‚pflegefremde‘ Aufgabe (mit zumindest theoretischem Störpotenzial in der Interaktionsbeziehung mit den Patient_innen). Deren Nutzung ist nicht selbstverständlich, sondern muss zusätzlich in die tägliche Arbeit integriert werden. Das geht nur über den Weg der Technikaneignung, die – neben organisationalen Voraussetzungen (Steht mir alles zur Verfügung, was ich benötige?) – motivationale und handwerkliche Aspekte hat. Im Vorbereitungs- und Einführungsprozess müssen daher zwei verschiedene, eng miteinander verbundene Kompetenzen gefördert werden: erstens die Technik im Pflegealltag nutzen zu *wollen* und zweitens nutzen zu *können*.

Für die Technikakzeptanz können verschiedene Dinge von großer Bedeutung sein, im Mittelpunkt dürften jedoch Transparenz des gesamten Planungs- und Einführungsprozesses sowie die Einbeziehung aller beteiligten Gruppen zählen. Beides generiert Vertrauen angesichts einer ungewissen (teil-)digitalisierten Arbeit und Zusammenarbeit. Wenn die Beziehungen zwischen den verschiedenen Gruppen auch ansonsten gut sind, also bereits eine Vertrauensbasis gerade zwischen Leitungs- und Pflegekräften vorhanden ist, dürfte das einem gelingendem Einführungsprozess guttun. Zudem sollte allen Beteiligten klargemacht werden, dass die digitale Technik keine Wunder vollbringen kann, sondern ein Bestandteil zur Verbesserung der Arbeit und Organisation sein kann, zu dessen Wirksamkeitsentfaltung man außerdem einen längeren Atem benötigt.

Bei der Einführung digitaler Technik werden unterschiedliche Interessen und Erwartungen berührt, die eine Aushandlung möglicher Konflikte im Sinne praktikabler und weitgehend anerkannter Lösungskonzepte voraussetzen. Vertrauen kann dann durchaus auch ein Ergebnis der Aushandlung und Konfliktlösung sein, von dem Unternehmen im Nachhinein profitieren können. Hierzu gehört auch, dass sich evtl. nicht alle Konflikte lösen lassen. Beispielsweise könnten sich einige Pflegekräfte den erarbeiteten Lösungen entziehen und die digitale Technik ablehnen. Es sollte daher auch klargemacht werden, wie das Prozedere dann aussieht: Werden sie weiterarbeiten können wie zuvor? Was würde das wiederum für die Zusammenarbeit im Pflegedienst bedeuten?

Abgrenzung zwischen Arbeits- und Freizeit als mögliches Konfliktfeld der Zukunft

Im Moment ist es eher so, dass sich die Pflegekräfte über die neuen digitalen Möglichkeiten freuen, sich auch bereits im Vorfeld des Dienstes – sei es per MDA, sei es per E-Mail oder im Intranet – daheim über die Touren des kommenden Tages zu informieren und daher besser darauf vorbereiten zu können. Aber es bleibt ein Zwiespalt, denn es handelt sich bislang noch um ihre Freizeit, in der sie das tun und die für sie keine Arbeitszeit ist. Neben den Fragen des Entgelts für diese Leistungen außerhalb der eigentlichen Arbeitszeit stellt sich generell die Frage, wie es zukünftig um die Abgrenzung von Arbeits- und Freizeit bestellt sein wird, wenn die gegenwärtigen Möglichkeiten zu einer Erwartung oder gar zur Pflicht werden.

Es bedarf daher auch in der ambulanten Pflege zukünftig dringend der branchenweiten Aufmerksamkeit für diese Problematik und in absehbarer Zeit auch Regelungen für die Abgrenzung von Freizeit und Arbeitszeit. Es gibt in der ambulanten Pflege jenseits der Wohlfahrtsverbände vergleichsweise wenige betriebliche Interessenvertretungen und auch eine geringe gewerkschaftliche Abdeckung, weshalb hier Akteure fehlen, die betrieblich und überbetrieblich Regelungen einfordern. Aber auch die Unternehmen sollten sich der Dringlichkeit dieser Frage bewusst sein, weil Erkenntnisse aus anderen Branchen zeigen, wie negativ sich fehlende Abgrenzungen auf die gesundheitliche Lage der Beschäftigten auswirken können (Hassler et al. 2016).

Arbeitsqualität und Lernen: Lücken in der Digitalisierung der ambulanten Pflege

Die verschiedenen Lösungen der Branchensoftware, die auf dem Markt miteinander konkurrieren, fokussieren trotz aller Unterschiedlichkeit in ihrem Leistungsangebot die effiziente Gestaltung der Arbeitsorganisation. Daneben verbessern sie bereits die Kommunikationssituation im Pflegedienst und stellen mehr oder weniger umfangreich Informationen zu Patient_innen und Pflegedokumentation für die Pflegekräfte auf den Touren bereit. Gerade die Kommunikationsmöglichkeiten und die Informationsmaterialien haben positive Auswirkungen auf die Arbeitsqualität der Pflegekräfte, da sie die Handlungssicherheit bei Alleinarbeit auf den Touren unterstützen können. Allerdings wünschen sich die Pflegekräfte häufig noch verbesserte Kommunikationsmöglichkeiten und Informationsmaterialien, die über das hinausgehen, was sie derzeit vorfinden können. Auch die organisationale Einbindung der Software ist mit ihrer Anschaffung allein noch nicht gelöst (s.o.). Hier ist reichlich Potenzial zu erkennen, das nicht allein, aber insbesondere in der Verknüpfung des MDA mit dem betrieblichen Qualitätsmanagement bzw. mit der Verfügbarkeit betrieblicher Standards zusammenhängt.

Zudem eröffnen die MDA Möglichkeiten des formellen Lernens (insbesondere durch Ein- oder Anbindung an anerkannte Fortbildungen) sowie des informellen bzw. arbeitsintegrierten Lernens und mobilen Lernens. Die Potenziale des MDA als Lernmittel während des Arbeitseinsatzes unterwegs, während zusätzlicher Pausen (z.B. der Wartezeit zwischen Früh- und Mittagsschicht) oder auch daheim (Lernen nach einer Erholungspause und nicht mehr zeit- und ortsgebunden nach oder vor einer anstrengenden Tour) sind gegenwärtig noch kaum ausgeschöpft. Die MDA müssen dabei im Rahmen eines E-Learning-Konzepts gesehen werden, das sich nicht auf die MDA als Lernmittel beschränkt, sondern auch PC oder Tablets daheim und in den Pflegezentralen einbezieht. Nicht zuletzt bieten die MDA auch für die Pflegeausbildung Poten-

ziale, gerade hinsichtlich der Verknüpfung der Lernorte Schule und Praxiseinsatz. Hier ist noch viel konzeptionelle und im Anschluss daran auch inhaltliche Arbeit (angepasste Lernmaterialien) zu leisten. Aber die Chancen sind groß. Die Pflegekräfte stehen dem jedenfalls sehr aufgeschlossen gegenüber.

5 Literatur

- Alexander, G. L.; Wakefield, D. S. (2009): "IT – Sophistication in Nursing Homes", *Journal of the American Medical Director's Association*, 10 (6): S. 398-407.
- AK DQR (Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen) (2011): „Deutscher Qualifikationsrahmen für Lebenslanges Lernen, verabschiedet vom Arbeitskreis Deutscher Qualifikationsrahmen (AK DQR) am 22. März 2011“, Download unter: https://www.dqr.de/media/content/Der_Deutsche_Qualifikationsrahmen_fue_lebenslanges_Lernen.pdf (Zugriff am .7 Oktober 2017).
- Arnold, M.; Klauber, J.; Schellschmidt, H. (2002): *Krankenhausreport 2001. Schwerpunkt Personal*. Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Badura, B.; Ducki, A.; Schröder, H.; Klose, J.; Meyer, M. (Hg.) (2017): *Fehlzeitenreport 2017. Krise und Gesundheit – Ursachen, Prävention, Bewältigung*. Berlin: Springer.
- Becka, D.; Evans, M.; Öz, F. (2016): *Teilzeitarbeit in Gesundheit und Pflege. Profile aus Perspektive der Beschäftigten im Branchen- und Berufsvergleich*. *Forschung Aktuell* 4/2016: Gelsenkirchen: Institut Arbeit und Technik (IAT).
- Becke, G.; Bleses, P. (2016): *Pflegepolitik ohne Arbeitspolitik? Jahrbuch für Christliche Sozialwissenschaften* 57/2016. Münster: Aschendorff Verlag, 105-126.
- Becke, G.; Bleses, P. (2015): „Koordination und Interaktion – ein konzeptioneller Rahmen zur Analyse ihres Wechselverhältnisses bei sozialer Dienstleistungsarbeit“, in: G. Becke, P. Bleses (Hg.), *Interaktion und Koordination. Das Feld sozialer Dienstleistungen*. Wiesbaden: Springer VS, 23-49
- Becke, G.; Bleses, P. (2013): „Interaktion und Koordination: Befunde zur Arbeitssituation in ambulanten Pflegeunternehmen“, in: G. Becke; M. Behrens; P. Bleses; K. Jahns; S. Pöser; W. Ritter (Hg.), *Nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit in der ambulanten Pflege. Zwischenbericht des Verbundprojekts ZUKUNFT:PFLEGE*. artec-paper. Nr. 189. Bremen: artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit, Universität Bremen, 33-56
- Becke, G.; Bleses, P.; Goldmann, M. (2016): „Soziale Innovationen – eine neue Perspektive für die Arbeitsforschung im Feld sozialer und gesundheitsbezogener Dienstleistungen“, in: G. Becke; P. Bleses; F. Frerichs; M. Goldmann; B. Hinding; M. Schweer (Hg.), *Zusammen – Arbeit – Gestalten. Soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen*. Wiesbaden: Springer VS, 9-31.
- Becke, G.; Bleses, P.; Schmidt, S. (2010): „Nachhaltige Arbeitsqualität - ein Gestaltungskonzept für die betriebliche Gesundheitsförderung in der Wissensökonomie“, *Wirtschaftspsychologie*, 12 (3): 60-68.
- Becke, G.; Senghaas-Knobloch, E. (2011): „Dialogorientierte Praxisforschung in organisatorischen Veränderungsprozessen“, in: C. Meyn; G. Peter; U. Dechmann; G. Georg; O. Katenkamp (Hg.), *Arbeitssituationsanalyse. Praxistaugliche Beispiele und Methoden (Band 2)*. Wiesbaden: Springer VS, 383-405.
- Becke, G.; Senghaas-Knobloch, E. (2010): *Dialogorientierte Praxisforschung in organisatorischen Veränderungsprozessen*. artec-paper Nr. 165. Bremen: artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit, Universität Bremen
- Becke, G.; Senghaas-Knobloch, E. (2004): *Forschung in Aktion – Betriebliche Veränderungen im Dialog*. artec-paper Nr. 121. Bremen: artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit, Universität Bremen.
- Becke, G.; Wehl, R. (2016): „Generationengerechtigkeit als Schlüssel für betriebliche Sozialinnovationen“, in: G., Becke; P. Bleses; F. Frerichs; M. Goldmann; B. Hinding; M.K.W. Schweer (Hg.), *Zusammen – Arbeit – Gestalten. Soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen*. Wiesbaden: Springer VS, 223-240.
- Behrens, M.; Bleses, P. (2013): „Der Dialog – Basis achtsamen Unternehmenswandels“, in: G. Becke; C. Funken; S. Klinke; W. Scholl; M. Schweer (Hg.), *Innovationsfähigkeit durch Vertrauensgestaltung? Befunde und Instrumente zur nachhaltigen Organisations- und Netzwerkgestaltung. Reihe Psychologie und Gesellschaft (Band 12)*. Frankfurt a.M. u.a.: Peter Lang Verlag, 215-230.
- Benedix, U.; Medjedović, I. (2014): *Gute Arbeit und Strukturwandel in der Pflege. Gestaltungsoptionen aus Sicht der Beschäftigten. Reihe Arbeit und Wirtschaft 6*. Bremen: Institut Arbeit und Wirtschaft, Arbeitnehmerkammer/Universität Bremen.
- Betz, D.; Häring, S.; Lienert, K.; Lutherdt, S.; Meyer, S.; Reichenbach, M.; Sust, C.; Walter, H.-C.; Weingärtner, P. (2010): „Grundlegende Bedürfnisse potenzieller AAL-Nutzer und Möglichkeiten der Unterstützung durch moderne Technologien“, in: S. Meyer; H. Mollenkopf (Hg.), *AAL in der alternden Gesellschaft. Anforderungen, Akzeptanz und Perspektiven*. Berlin u.a.: VDE, 40-62.

- Bleses, P. (2013a): „Die direkte Beteiligung von Beschäftigten als Innovation vor der Innovation“, in: S. Klinke; H. Rohn (Hg.), Ressourcenkultur. Vertrauenskulturen und Innovationen für Ressourceneffizienz im Spannungsfeld normativer Orientierung und betrieblicher Praxis. Baden-Baden: Nomos, 325-341.
- Bleses, P. (2013b): „Beteiligung organisieren“, in: G. Becke; M. Behrens; P. Bleses; S. Meyerhuber; S. Schmidt (Hg.), Organisationale Achtsamkeit – Veränderungen nachhaltig gestalten. Stuttgart: Schäffer-Poeschel, 35-54.
- Bleses, P.; Jahns, K. (2016): „Soziale Innovationen in der ambulanten Pflege“, in: G. Becke; P. Bleses; F. Frerichs; M. Goldmann; B. Hinding; M. Schweer (Hg.), Zusammen – Arbeit – Gestalten. Soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen. Wiesbaden: Springer VS, 127-144.
- Bleses, P.; Jahns, K.; Behrens, M. (2013): „Zufrieden, kompetent und gesund arbeiten – Ressourcen und Herausforderungen nachhaltiger Beschäftigungsfähigkeit in der ambulanten Pflege“, in: G. Becke; M. Behrens; P. Bleses; K. Jahns; S. Pöser; W. Ritter (Hg.), Nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit in der ambulanten Pflege. Zwischenbericht des Verbundprojekts ZUKUNFT:PFLEGE. artec-paper Nr. 189. Bremen: artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit, Universität Bremen, 57-82.
- Bleses, P.; Ritter, W. (2013): „Das Verbundprojekt ZUKUNFT:PFLEGE – Nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit im Fokus“, in: G. Becke; M. Behrens; P. Bleses; K. Jahns; S. Pöser; W. Ritter (Hg.), Nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit in der ambulanten Pflege. Zwischenbericht des Verbundprojekts ZUKUNFT:PFLEGE. artec-paper Nr. 189. Bremen: artec | Forschungszentrum Nachhaltigkeit, Universität Bremen, 7-32.
- Böhle, F.; Glaser, J. (Hg.) (2006): Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung. Wiesbaden: Springer VS.
- Böhle, F.; Stöger, U.; Wehrich, M. (2015): Interaktionsarbeit gestalten: Vorschläge und Perspektiven für humane Dienstleistungsarbeit. Berlin: edition sigma.
- Bogaj, D.; Carstensen, J.; Seibert, H.; Wiethölter, D.; Hell, S.; Ludewig, O. (2015): Viel Varianz: Was man in den Pflegeberufen in Deutschland verdient. Berlin: Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB) Download unter: http://www.patientenbeauftragter.de/images/pdf/2015-01-27_Studie_zu_den_Entgelten_der_Pflegeberufe.pdf. (Zugriff am 13. Oktober 2017)
- Bootz, I.; Hartmann, T. (1997): „Kompetenzentwicklung statt Weiterbildung? Mehr als nur neue Begriffe“, DIE Zeitschrift für Erwachsenenbildung (4), 22-26
- Brauchle, B. (2007): „Der Rolle beraubt: Lehrende als Vermittler von Selbstlernkompetenz“, BWP@ (13), Download unter: http://www.bwpat.de/ausgabe13/brauchle_bwpat13.pdf (Zugriff am 22. September 2017).
- Bsirske, F. (2014): Digitalisierung und Dienstleistungen. Herausforderungen für die Arbeitswelt und Gesellschaft, in: ver.di (Hg.), Digitalisierung und Dienstleistungen – Perspektiven guter Arbeit. Berlin: ver.di, Bereich Innovation und gute Arbeit, 6-15.
- BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) (2007): Duale Ausbildung sichtbar gemacht. Broschüre; auf Webseite: DEQA-VET - Deutsche Referenzstelle für Qualitätssicherung in der beruflichen Bildung. URL: <https://www.deqa-vet.de/de/Definitionsansatze-der-KMK-des-BMBF-3482.php> (Zugriff am 22. September 2017).
- Bornheim, N. (2008). „Arbeitsqualität als Ansatzpunkt für eine sozial nachhaltige Gestaltung flexibler Arbeitsformen – Das Beispiel Pflege“, in: G. Becke (Hg.), Soziale Nachhaltigkeit in flexiblen Arbeitsstrukturen. Problemfelder und arbeitspolitische Gestaltungsperspektiven. Wien u.a.: Lit-Verlag, 169-184.
- Bury, C.; Lademann, J.; Reuhl, B. (2006): „Die Situation der Beschäftigten in den ambulanten Pflegediensten im Land Bremen“. Arbeitnehmerkammer Bremen, Bericht.
- Claßen, K.; Oswald, F.; Wahl, H.-W.; Heusel, C.; Anfang, P.; Becker, C. (2010): „Bewertung neuerer Technologien durch Bewohner und Pflegemitarbeiter im institutionellen Kontext. Ergebnisse des Projekts BETAGT.“, Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie (4): 210-218.
- DAA-Stiftung (2017): „Digitalisierung und Technisierung der Pflege in Deutschland. Aktuelle Trends und ihre Folgewirkungen auf Arbeitsorganisation, Beschäftigung und Qualifizierung“. Im Auftrag der DAA-Stiftung Bildung und Beruf, erstellt durch die INPUT-Consulting gGmbH, M. Daum. Studie.
- Dunkel, W. (1988): „Wenn Gefühle zum Arbeitsgegenstand werden. Gefühlsarbeit im Rahmen personenbezogener Dienstleistungstätigkeiten“, In Soziale Welt 39(1): 66-85.
- Dunkel, W.; Wehrich, M. (Hg.) (2012): Interaktive Arbeit. Theorie, Praxis und Gestaltung von Dienstleistungsbeziehungen. Wiesbaden: Springer VS.

- ePfleger (2017): „ePfleger: Informations- und Kommunikationstechnologien für die Pflege“, Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Durchgeführt von Roland Berger GmbH, Deutsches Institut für Pflegeforschung e.V. (Köln), Hochschule Vallendar. Berlin/Vallendar/Köln: Download unter: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/BMG_ePfleger_Abschlussbericht_final.pdf (Zugriff am 24. Oktober 2017).
- Erpenbeck, J.; von Rosenstiel, L. (2003): „Einführung“, in: J. Erpenbeck; L. von Rosenstiel (Hg.), Handbuch Kompetenzmessung. Erkennen, verstehen und bewerten von Kompetenzen in der betrieblichen, pädagogischen und psychologischen Praxis (IX-XL). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Fischer, U.L. (2010): „Der Bäcker backt, der Maler malt, der Pfleger ...‘ – Soziologische Überlegungen zum Zusammenhang von Professionalität und Wertschätzung in der Kranken- und Altenpflege“, Arbeit 19(4): 239-252.
- Fricke, W. (2012): „Aktionsforschung in schwierigen Zeiten“, in: M. Jostmeier; A. Georg; H. Jacobsen (Hg.), Sozialen Wandel gestalten: Zum gesellschaftlichen Innovationspotenzial von Arbeits- und Organisationsforschung. Wiesbaden: Springer VS, 213-236.
- Fuchs, T. (2011): „Arbeit – Prekarität – Gesundheit: Arbeitsqualität und Gesundheitsempfinden aus Sicht von Beschäftigten in verschiedenen sozialen Berufsfeldern“, in B. Stolz-Willig; J. Christoforidis (Hg.), Hauptsache billig? Prekarisierung der Arbeit in den Sozialen Berufen. Münster: Westfälisches Dampfboot, 25-44.
- Gustavsen, B. (1994): Dialog und Entwicklung. Kommunikationstheorie, Aktionsforschung und Strukturformen in der Arbeitswelt. Berlin: edition sigma.
- Harteis, C.; Bauer, J.; Heid, H. (2006): „Der Umgang mit Fehlern als Merkmal betrieblicher Fehlerkultur und Voraussetzung für Professional Learning“, Schweizerische Zeitschrift für Bildungswissenschaften 28(1): 111-129.
- Hasselhorn, H.-M.; Müller, B. H.; Tackenberg, P.; Kümmerling, A.; Simon, M. (2005): Berufsausstieg bei Pflegepersonal. Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund u.a.: Wissenschaftsverlag NW.
- Hassler, M.; Rau, R.; Hupfeld, J.; Paridon, H. (unter Mitarbeit von Schuchart, U.) (2016): Auswirkungen von ständiger Erreichbarkeit und Präventionsmöglichkeiten. Eine wissenschaftliche Untersuchung zu potenziellen Folgen für Erholung und Gesundheit und Gestaltungsvorschläge für Unternehmen. iga-Report 23, Teil 2. Dresden: Zukunft der Arbeit GmbH.
- Hielscher, V.; Nock, L.; Kirchen-Peters, S. (2015a): Technikeinsatz in der Altenpflege. Potenziale und Probleme in empirischer Perspektive. Baden-Baden: edition sigma.
- Hielscher, V.; Kirchen-Peters, S.; Sowinski, Christine (2015b): „Technologisierung der Pflegearbeit? Wissenschaftlicher Diskurs und Praxisentwicklungen in der stationären und ambulanten Langzeitpflege“, Pflege & Gesellschaft, 20(1): 5-66.
- Hielscher, V. (unter Mitarbeit von Richter, N.) (2014): „Technikeinsatz und Arbeit in der Altenpflege. Ergebnisse einer internationalen Literaturrecherche“. Hg. vom Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. Saarbrücken (iso). iso-Report (1) Juli.
- Hien, W. (2009): Pflegen bis 67? Die gesundheitliche Situation älterer Pflegekräfte. Frankfurt: Mabuse-Verlag.
- Hochschild, A.R. (1980): „Emotion work, feeling rules, and social structure“, American Journal of Sociology 85(3): 551-575.
- Howaldt, J.; Schwarz, Michael (2011): „Soziale Innovation – Gesellschaftliche Herausforderungen und zukünftige Forschungsfelder“, in: S. Jeschke; I. Isenhardt; F. Hees; S. Trantow (Hg.), Enabling Innovation. Innovationsfähigkeit – deutsche und internationale Perspektiven. Heidelberg u.a.: Springer VS, 217-238.
- Hülken-Giesler, M. (2010): „Technikkompetenzen in der Pflege – Anforderungen im Kontext der Etablierung neuer Technologien in der Gesundheitsversorgung“, Pflege und Gesellschaft 15(4): 330-352.
- INQA (Initiative Neue Qualität der Arbeit) (2015): „Intelligente Technik in der beruflichen Pflege. Von den Chancen und Risiken einer Pflege 4.0.“, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BauA) (Hg.). Paderborn: Bonifatius Druckerei.
- Isfort, M.; Rottländer, R.; Weidner, F.; Tucman, D.; Gehlen, D.; Hylla, J. (2016): „Pflege-Thermometer 2016. Eine bundesweite Befragung von Führungskräften zur Situation der Pflege und Patientenversorgung in

- der ambulanten Pflege“, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) (Hg.). Köln. Download unter: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/Endbericht_Pflege-Thermometer_2016-MI-2.pdf (Zugriff am 10. Oktober 2017).
- Kamin, A.-M. (2013): Beruflich Pflegende als Akteure in digital unterstützten Lernwelten. Wiesbaden: Springer VS.
- Kannenberg-Otremba, B. (2005): „Informationstechnische Bildung für die Pflege. Eine empirische Erhebung an Krankenpflegeschulen“, Carl von Ossietzky Universität Oldenburg – Fakultät IV Human- und Gesellschaftswissenschaften, Dissertation.
- Kerres, M. (2001): Multimediale und telemediale Lernumgebungen. Konzeption und Entwicklung. München u.a.: De Gruyter Oldenbourg.
- Kumbruck, C. (2008): „Das Ethos fürsorglicher Praxis – in der stationären und ambulanten Pflege“, in: E. Senghaas-Knobloch; C. Kumbruck (Hg.), Vom Liebesdienst zur liebevollen Pflege. Loccumer Protokolle 80(7). Rehburg-Loccum: Evangelische Akademie Loccum, 39-52.
- Kumbruck, C.; Rumpf, M.; Senghaas-Knobloch, E. (2010): Unsichtbare Pflegearbeit: Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung. Berlin: Lit-Verlag.
- Littig, P. (2006): „Entwicklungsstand von eLearning in der beruflichen Aus- und Weiterbildung. Versuch einer Zwischenbilanz“, in P.A. Henning; H. Hoyer (Hg.), eLearning in Deutschland. Berlin: uni – edition GmbH, 109-118.
- Mahler, C. (1998): Das Fort- und Weiterbildungsverhalten des Pflegepersonals - Aspekte beeinflussender Faktoren. Magisterarbeit. Download unter: http://www.cornelia-mahler.de/magisterarbeit_cornelia_mahler.pdf?ID=106 (Zugriff am 9. Oktober 2017).
- Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V., GKV Spitzenverband (2016): Qualitätsprüfungs-Richtlinien Transparenzvereinbarung - Grundlagen der Qualitätsprüfungen nach den §§ 114 ff SGB XI Teil 1 – Ambulante Pflege. Mülheim an der Ruhr: BestPage Kommunikation RheinRuhr KG.
- Meyer-Gräwe, U. (2008): „Der lange, aber notwendige Abschied vom Industrialismus: Familienbezogene Dienstleistungen – ein expandierender Arbeitsmarkt mit hohen gesellschaftlichen Wertschöpfungspotentialen“, in: C. Leggewie; C. Sachße (Hg.), Soziale Demokratie, Zivilgesellschaft und Betrübertugenden. Frankfurt u.a.: Campus, 129-138.
- Michel, L. P., MMB Institut für Medien- und Kompetenzforschung (Hg.) (2006): Digitales Lernen. Forschung – Praxis – Märkte. Ein Reader zum E-Learning. Essen u.a.: Books on Demand.
- Neumann, P.; Klewer, J. (2008): „Pflegepersonalfuktuation und Mitarbeiterorientierung in der Pflege. Eine Untersuchung in ambulanten und vollstationären Pflegeeinrichtungen in Sachsen“, HeilberufeSCIENCE (1): 13-17.
- Poppe, H. (2006): „Strategische Überlegungen und Anwenderhinweise für die berufliche Bildung und Weiterbildung“, in: P.A. Henning; H. Hoyer (Hg.), eLearning in Deutschland. Berlin: uni – edition GmbH, 145-160.
- Prognos AG (2015): Digitalisierung als Rahmenbedingung für Wachstum – Update. Eine vbw Studie. Hg. von vbw – Die bayrische Wirtschaft. Download unter: https://www.vbw-bayern.de/Redaktion/Frei-zugangliche-Medien/Abteilungen-GS/Volkswirtschaft/2015/Downloads/Studie-Digitalisierung-als-Rahmenbedingung-für-Wachstum-Update_2015.pdf (Zugriff am 8. Oktober 2017).
- Rath, R. (2017): Fortbildungen für Pflegefachkräfte - Aber welches Format? Zugriff unter: <https://www.reliaslearning.de/blog/fortbildungen-f%C3%BCr-pflegefachkr%C3%A4fte-aber-welches-format> (Zugriff am 9. Oktober 2017).
- Reglin, T. (2003): „Instrumente selbstorganisierten Lernens – Was neue Medien leisten können“, in: H. Loebe; E. Severing (Hg.): eLearning für die betriebliche Praxis. Wirtschaft und Weiterbildung (Band 30) Bielefeld: Bertelsmann, 143-157.
- Rothgang, H. (1997): Ziele und Wirkungen der Pflegeversicherung. Eine ökonomische Analyse. Frankfurt a.M.: Campus.
- Rothgang, H.; Kalwitzki, T.; Müller, R.; Runte, R.; Unger, R. (2016): BARMER GEK Pflegereport 2016. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse. (Band 42) Berlin: BARMER GEK.

- Senatorin für Bildung, Wissenschaft und Gesundheit und Senatorin für Soziales, Kinder, Jugend und Frauen (2011): „Berufsordnung für die staatlich anerkannten Pflegeberufe vom 4. Februar 2011“. Bremen.
- 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.
- Sandhaus, G.; Berg, B.; Knott, P. (2014): Hybride Softwareentwicklung. Das Beste aus klassischen und agilen Methoden in einem Modell vereint. Berlin: Springer Vieweg.
- Sowinski, C.; Kirchen-Peters, S.; Hielscher, V. (2013): Praxiserfahrungen zum Technikeinsatz in der Altenpflege. (Stand November 2013). Köln: Kuratorium Deutsche Altershilfe.
- Statistisches Bundesamt (2017): Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung Deutschlandergebnisse. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. Download unter: <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse.html> (Zugriff am 20. Oktober 2017)
- Theobald, H.; Szebehely, M.; Preuß, M. (2013): Arbeitsbedingungen in der Altenpflege. Die Kontinuität der Berufsverläufe – ein deutsch-schwedischer Vergleich. Berlin: edition sigma.
- Volmerg, B.; Senghaas-Knobloch, E.; Leithäuser, T. (1986): Betriebliche Lebenswelt. Eine Sozialpsychologie industrieller Arbeitsverhältnisse. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- ZBFS - Bayerisches Landesjugendamt (ohne Jahr): Zugriff unter: <https://www.blja.bayern.de/fortbildung/konzept/interne-fortbildung/index.php>. (Zugriff am 9. Oktober 2017).

Schriftenreihe Institut Arbeit und Wirtschaft

Nr. 1

Holtrup, André/Warsewa, Günter (2008): Neue Governance-Formen in Wirtschaft, Arbeit und Stadt/Region.

Nr. 2

Holtrup, André/Warsewa, Günter (2008): Der Wandel maritimer Strukturen.

Nr. 3

Ludwig, Thorsten/Tholen, Jochen/Kühn, Manuel (2009): Beschäftigung, Auftragslage und Perspektiven im deutschen Schiffbau.

Nr. 4

Baumheier, Ulrike/Schwarzer, Thomas (2009): Neue Ansätze der Vernetzung durch Quartierszentren in Bremen.

Nr. 5

Warsewa, Günter (2010): Evaluation und Optimierung institutioneller Praktiken der Beratung und Förderung von Existenzgründerinnen.

Nr. 6

Kühn, Manuel/Ludwig, Thorsten/Tholen, Jochen (2010): Beschäftigung, Auftragslage und Perspektiven im deutschen Schiffbau.

Nr. 7

Baumheier, Ulrike/Fortmann, Claudia/Warsewa, Günter (2010): Schulen in lokalen Bildungs- und Integrationsnetzwerken.

Nr. 8

Sommer, Jörg/Wehlau, Diana (2010): Governance der Politikberatung in der deutschen Rentenpolitik.

Nr. 9

Fortmann, Claudia/von Rittern, Roy/Warsewa, Günter (2011): Zum Umgang mit Diversität und Heterogenität in Bildungslandschaften.

Nr. 10

Klöpffer, Arne/Holtrup, André (2011): Ambivalenzen betrieblicher Krisenbewältigung.

Nr. 11

Kühn, Manuel/Ludwig, Thorsten/Tholen, Jochen (2011): Beschäftigung, Auftragslage und Perspektiven im deutschen Schiffbau.

Nr. 12

Rosenthal, Peer/Sommer Jörg/Matysik, Alexander (2012): Wandel von Reziprozität in der deutschen Arbeitsmarktpolitik

Nr. 13

Schröter, Anne (2012): Zur Bedürftigkeit von Aufstocker-Familien

Nr. 14

Kühn, Manuel/Ludwig, Thorsten/Tholen, Jochen/Wolnik Kevin (2012): Beschäftigung, Auftragslage und Perspektiven im deutschen Schiffbau.

Nr. 15

Almstadt, Esther/Gebauer, Günter/Medjedovic, Irena (2012): Arbeitsplatz Kita – Berufliche und gesundheitliche Belastungen von Beschäftigten in Kindertageseinrichtungen im Land Bremen

Nr. 16

Ludwig, Thorsten/Wolnik, Kevin (2013): Beschäftigung, Auftragslage und Perspektiven im deutschen Schiffbau.

Nr.17

Barlen, Vivien (2014): Herausforderung Leiharbeit und Werkverträge. Strategien der Mitbestimmung auf gewerkschaftlicher und betrieblicher Ebene im Organisationsbereich der IG Metall.

Nr. 18

Böhme, René/Warsewa, Günter (2014): „Urban Improvement Districts“ als Instrumente lokaler Governance.

Nr. 19

Ludwig, Thorsten/Wolnik, Kevin (2014): Beschäftigung, Auftragslage und Perspektiven im deutschen Schiffbau.

Nr. 20

Dombois, Rainer (2015): Wohlfahrtsmix, Wohlfahrtsregime und Arbeit in Lateinamerika

Nr. 21

Dingeldey, Irene/Kathmann, Till (2017): Einführung und Wirkmächtigkeit des gesetzlichen Mindestlohns. Institutionelle Reformen und gewerkschaftliche Strategien in einem segmentierten Tarifsysteem.

Nr. 22

Peter, Tobias (2017): Die fiskalischen Kosten der Minijobs.

Nr. 23

Nischwitz, Guido/Böhme, Rene/Fortmann, Fabian (2017): Kommunale Wirtschaftsförderung in Bremen. – Handlungsrahmen, Programme und Wirkungen-