Eine Publikation von

Institut Arbeit und Wirtschaft
Universität / Arbeitnehmerkammer Bremen

Arbeitnehmerkammer
Bremen

ARBEIT UND WIRTSCHAFT IN BREMEN Ausgabe 25 / Mai 2018

Stephanie Pöser, Peter Bleses

Digitalisierung der Arbeit in der ambulanten Pflege in Bremen:

Praxis und Gestaltungsbedarfe digitaler Tourenbegleiter

Stephanie Pöser, Peter Bleses

Reihe Arbeit und Wirtschaft in Bremen 25 | 2018

Digitalisierung der Arbeit in der ambulanten Pflege im Land Bremen:

Praxis und Gestaltungsbedarfe digitaler Touren-begleiter

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis **4**

Zusammenfassung **5**

1 Einführung **6**

1.1 Digitalisierung der Arbeit 6

1.2 Digitalisierung der Arbeit in den personalen sozialen Dienstleistungen 7

1.3 Quantitativer Bedeutungszuwachs der ambulanten Pflege 8

1.4 Die ambulante Pflege in der Arbeitsforschung 8

1.5 Die ambulante Pflege in der Forschung: Zum Technikeinsatz und zur Digitalisierung der Arbeit 9

2 Empirische Analyse **11**

2.1 Quantitative Analyse 11

2.1.1 Methodenbeschreibung 11

2.1.2 Auswertung 13

2.1.3 Fazit zur quantitativen Analyse 20

2.2 Qualitative Analyse 21

2.2.1 Methodenbeschreibung 21

2.2.2 Ergebnisse 21

2.2.3 Kernergebnisse der Interviews mit den außerbetrieblichen Experten und Expertinnen 22

2.2.4 Ergebnisse der Befragung betrieblicher Experten und Expertinnen 23

2.2.5 Prägnante Unterschiede zwischen Pflegekräften und Führungskräften 28

2.2.6 Fazit zur qualitativen Analyse 28

3 Gesamtfazit und Gestaltungsansätze **29**

3.1 Handlungssicherheit 29

3.1.1 Frühzeitige Einbindung der Pflegekräfte in den Einführungsprozess 29

3.1.2 Steigerung der Technikkompetenzen und Bedarfsorientierung 30

3.1.3 Umgang mit den Geräten/Haftung 31

3.1.4 Freizeit, Ruhezeit und Arbeitszeit 31

3.1.5 Kommunikation mittels MDA/Datenschutz 32

3.1.6 Pflege- und Leistungsdokumentation 32

3.1.7 Zeiterfassung 33

3.1.8 MDA als Lern- und Informationsmittel 33

3.2 Schnittstellen im Versorgungsnetzwerk 33

4 Literatur **36**

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Anzahl der Teilnehmer und Teilnehmerinnen nach Geschlecht und Position im Unternehmen 13
Abbildung 2: Alter der Teilnehmer und Teilnehmerinnen in % 14
Abbildung 3: Funktionen der Führungskräfte 15
Abbildung 4: Anzahl Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in den Betrieben in % 16
Abbildung 5: Verbesserungswünsche Pflegekräfte 19
Abbildung 6: Verbesserungswünsche Führungskräfte 20

Zusammenfassung

Die ambulante Pflege steht vor großen Herausforderungen, die sich als Folgen insbesondere der sozio-demografischen Veränderungen, der Ökonomisierung in der Pflege und der zugleich wachsenden Qualitätsansprüche an die Pflege ergeben. Die drohenden Engpässe in Folge des wachsenden Fachkräftemangels in der ambulanten pflegerischen Versorgung sind schon heute nur durch großen Organisationsaufwand und Arbeitsverdichtung aufzufangen. Einspringende Pflegekräfte, die ausfallende Kollegen und Kolleginnen ersetzen, sind dann oft von Informationsmangel über Pflegeleistungen und Patienten und Patientinnen betroffen, was ein großes Unsicherheitspotenzial bedingt und Auswirkungen auf die Arbeits- und Pflegequalität haben kann. Viele Pflegedienste suchen deshalb nach Möglichkeiten der Effizienzsteigerung, der verbesserten Touren-(Re-)Organisation und Bereitstellung von Informationen auf den Touren. Diesen Bedarf sollen sogenannte „digitale Tourenbegleiter" erfüllen. Das sind Smartphones oder Tablets, die mit spezieller Software für die Pflegeorganisation ausgestattet sind. Wir nennen sie kurz MDA (Mobile Digital Assistants). Sie werden zu einem zentralen Arbeitsmittel der Pflegekräfte, mit dem sie tagtäglich im laufenden Arbeitsprozess umzugehen haben. Die Geräte bieten neue Möglichkeiten der stetigen Datenübertragung und verändern die Kommunikations- und Koordinationsprozesse zwischen Pflegekräften und der Pflegezentrale erheblich. Damit erobert die Digitalisierung von Arbeit einen Bereich personaler sozialer Dienstleistungen, der bislang noch weitgehend ‚analog' und vor allem subjektorientiert geprägt war.

Die von einer wachsenden Zahl von sozialen Pflegediensten eingesetzten Geräte bieten einen unterschiedlich großen Funktionsumfang, der differierende Anforderungen an die verschieden qualifizierten Pflegekräfte wie auch an die Führungskräfte (Pflegedienstleitung, Tourenplanung, Qualitätsmanagement) in den Pflegezentralen bedingt. Bislang gibt es kaum empirische Untersuchungen zur Verbreitung, Nutzung und den sich stellenden Anforderungen sowie die Auswirkungen dieser Digitalisierung in der Pflegearbeit. Hilft sie den Pflegekräften und Pflegediensten angesichts der bereits sehr hohen Belastungen? Oder steigen die Belastungen durch die neuen Herausforderungen (zunächst) sogar noch an? Die Ergebnisse der vorliegenden Studie für das Land Bremen zeigen vor allem, dass nicht nur die meisten Führungskräfte, sondern – nach manchmal anfänglichen Bedenken – auch die Pflegekräfte überwiegend gut mit den Geräten und der Software zurechtkommen. Es liegen allerdings noch Potenziale in der Organisation und der Nutzung dieser digitalen Technik, die erstens die Technikakzeptanz und den Nutzen dieser digitalen Technik in der Pflege steigern sowie zweitens einige mit ihr verbundene Risiken senken könnten. Dabei handelt es sich einerseits um Potenziale, die zeitnah zu heben sind. Sie bestehen vor allem darin, bei der Einführung und in der weiteren Praxis bei allen Beteiligten für mehr *Handlungssicherheit* zu sorgen (z. B. in Fragen des Arbeitsrechts und der Kontrollmöglichkeiten von Pflegekräften durch Arbeitgeber). Andererseits gibt es Potenziale, die erst langfristig gehoben werden können, weil z. B. technische Schnittstellen und Datenschutzfragen zu klären sind. Potenziale liegen vor allem in der Vernetzung der ambulanten Pflege mit externen Partnern (Krankenhäuser, Apotheken, Arztpraxen usw.).

1 Einführung

Beim Gedanken an die Digitalisierung im Gesundheits- und Pflegesektor werden den meisten zunächst Begriffe wie „Telemedizin“ (Behandlungen von Patienten/Patientinnen durch Ärzte/Ärztinnen, die sich nicht am gleichen Ort befinden) oder „Pflegeroboter“ (als die Pflegekräfte zukünftig angeblich ersetzende Maschinen) einfallen. Vielleicht kommen dem/der einen oder anderen auch noch Entwicklungen wie die digital unterstützte Wohnumgebung (AAL = Ambient Assisted Living) in den Sinn. Die meisten dieser Entwicklungen sind – abgesehen von den sich gerade entwickelnden rechtlichen Grundlagen für die Telemedizin – noch Zukunftsmusik, jedenfalls ist davon bislang wenig in den Pflegeeinrichtungen oder gar in den Wohnungen der Pflegebedürftigen angekommen. Öffentlich weit weniger beachtet – sowie in ihren Voraussetzungen und möglichen Folgen auch noch wenig erforscht – ist hingegen eine Form der Digitalisierung der Pflegearbeit, die derzeit immer häufiger eingesetzt wird und damit in der Realität angekommen ist: Die Einführung sogenannter „digitaler Tourenbegleiter“ in der ambulanten Pflege. Darunter sind Smartphones oder Tablets mit einer speziellen Software zur Pflegeorganisation zu verstehen. Wir nennen diese Tourenbegleiter im Folgenden kurz MDA (Mobile Digital Assistants). Diese Geräte stehen mit der Branchensoftware auf den PC in den Pflegezentralen und damit mit den dortigen Verwaltungs- und Führungskräften in Verbindung und dienen der Organisation und Koordination der Pflegearbeit (insbesondere der Tourenplanung, Leistungsdokumentation, Leistungsabrechnung, Arbeitszeiterfassung und Informationen über Patienten und Patientinnen bzw. Pflegebedürftige). Einmal eingeführt, begleiten die MDA die Pflegekräfte während des gesamten Arbeitseinsatzes und werden für verschiedene Aufgaben genutzt. Sie ersetzen Papier (z. B. den Tourenplan) und dienen zum Teil der Kommunikation sowie – wenngleich noch selten – der Pflegedokumentation.

Die Einführung der MDA stellt auf der einen Seite Anforderungen an die Organisation der ambulanten Pflege (z. B. an die Abstimmung digitaler und weiterhin analoger Kommunikationswege), an die (nicht nur) technischen Kompetenzen der Führungs- und insbesondere auch der Pflegekräfte, die über sehr unterschiedliche Qualifikationsvoraussetzungen und Technikaffinität verfügen (Bleses et al. 2017). Auf der anderen Seite können in den MDA viele Chancen liegen, nicht nur die Arbeitseffizienz, sondern auch die Arbeitsorganisation und die Arbeitsqualität in der ambulanten Pflege zu verbessern.

Der vorliegenden Untersuchung liegen angesichts der großen Bedeutung, die der Digitalisierung der Arbeit in der ambulanten Pflege mittels MDA zukommt, folgende Fragen zugrunde:

1. Wo werden MDA in der ambulanten Pflege im Lande Bremen bereits eingesetzt, welche Funktionen werden genutzt und wie sind die Planungen der Pflegedienste für die nahe Zukunft?
2. Welches sind die Motive für die Einführung und Nutzung der Geräte und welche Herausforderungen, Chancen und Folgen ergeben sich für die Pflege- und die Führungskräfte (z. B. hinsichtlich Auswirkungen auf die Arbeitsqualität, die Arbeitsorganisation, die Interaktions- und Koordinationsprozesse)?
3. Gibt es seitens der Pflege- und Führungskräfte Gestaltungsideen für die Einführung und den laufenden Einsatz der Geräte in der Praxis (z. B. hinsichtlich Mitbestimmung, direkter Partizipation der Pflegekräfte, Datenschutz, Überwachungsfunktionen, Grenzen der Verfügbarkeit von Pflegekräften, Kompetenzentwicklung bei Pflege- und mittleren Führungskräften, Einsatzregeln) und lassen sich daraus Handlungsempfehlungen ableiten?

Diesen Fragen wurde mittels quantitativer und qualitativer Analysemethoden nachgegangen. Bevor wir uns allerdings der Untersuchungsanlage und den Ergebnissen (Kap. 2) sowie den daraus zu ziehenden Schlussfolgerungen (Kap. 3) widmen, möchten wir zunächst auf Fragen eingehen, deren Beantwortung den Rahmen für die nachfolgende Analyse absteckt:

- Was bedeutet eigentlich generell die Digitalisierung der Arbeit?
- Was sind die Besonderheiten der Digitalisierung der Arbeit in den personalen sozialen Dienstleistungen?
- Wie hat sich das Untersuchungsfeld, die ambulante Pflege, quantitativ entwickelt?
- Welche Arbeitsbedingungen kennzeichnen die ambulante Pflege?
- Was sagt die Forschung zur Digitalisierung der Arbeit in der ambulanten Pflege?

1.1 Digitalisierung der Arbeit

„Digitale Arbeit“ kann definiert werden als „ ... Arbeit mit digitalen Arbeitsmitteln („Werkzeugen“) an digitalisierten Arbeitsgegenständen („Werkstücken“) ...“ (Schwemmle/Wedde 2012: 15). „Digitalisierung der Arbeit“ bedeutet, dass digitale Technologien eine immer größere Bedeutung im Arbeitsprozess gewinnen. Im Anschluss an die Be-

griffe der „Industrie 4.0“ bzw. die „4. industrielle Revolution“ wird sie oft als „Arbeit 4.0“ bezeichnet und steht ebenso auf der politischen Agenda (BMAS 2015; ver.di 2014) wie sie den Unternehmen und Beschäftigten, den betrieblichen und überbetrieblichen Interessenvertretungen als Handlungs- und Gestaltungsanforderung begegnet, die mit anderen Anforderungen – wie insbesondere dem demografischen Wandel – zusammenwirkt (Becke et al. 2015). Ein ganz wesentliches Kennzeichen digitaler Arbeit bildet die Informatisierung von Arbeit (Boes et al. 2014), die Distanzen in Echtzeit überwindende, informationstechnische Vernetzung zwischen Menschen, zwischen Menschen und Maschinen sowie zwischen Maschinen unabhängig von menschlichen Eingriffen („Internet der Dinge“). Grundlagen dieser Vernetzung sind zum einen eine die Arbeitswelt durchdringende Verbreitung, Leistungssteigerung und zunehmende funktionelle Zuverlässigkeit der hierzu notwendigen Technik (Übertragungstechnik, vernetzte stationäre PC, mobile Devices usw.). Zum anderen setzt die Digitalisierung eine sich verbreitende Anwendungsbereitschaft, Anwendungskompetenzen und tatsächliche Anwendung der Technik und ihrer Möglichkeiten voraus.

Die Digitalisierung der Arbeit begann im Laufe der 1990er Jahre und erfasste zunächst einige, aber nicht alle Branchen. Vorreiter waren (zuerst große) produzierende Unternehmen, die bereits vorher automatisiert waren und ihre Geschäftsprozesse, Kooperationsbeziehungen und Arbeitsabläufe nun auch schrittweise vernetzten, wie z. B. die Automobilindustrie. Auch die sogenannte Wissensökonomie (insbesondere neue Medien, Informations- und Technologieunternehmen, Softwareentwicklung) und der Wissenschaftsbereich gehörten zu den Vorreitern der Digitalisierung der Arbeit. Die zunehmende Bedeutung des Dienstleistungsbereichs begünstigt die Digitalisierung von Arbeit, weil viele Dienstleistungen leicht digitalisierbar sind; umgekehrt führt die Digitalisierung der Arbeit zu einem wachsenden Dienstleistungssektor, weil beispielsweise ehemals in der Produktion innerbetrieblich erbrachte Leistungen (z. B. die Administration von PC-Systemen; das Programmieren) nun vermehrt als externe Dienstleistungen eingekauft werden können.

Mit der Digitalisierung der Arbeit waren und sind sowohl Hoffnungen als auch Bedenken verbunden. Die Hoffnungen bezogen und beziehen sich einerseits auf betriebswirtschaftliche Kalküle (Produktivitäts- und Effizienzgewinne, Geschwindigkeitssteigerungen usw.) sowie andererseits auf Effekte der Humanisierung von Arbeit (z. B. größere zeitliche, örtliche und gestalterische Autonomie der Beschäftigten, geringere Belastungen durch Arbeitstätigkeiten und Arbeitswege). Mögliche negative Konsequenzen wurden und werden vor allem hinsichtlich der Auswirkungen der Digitalisierung auf die Beschäftigten thematisiert. So wird etwa eine „Entbetrieblichung“ der Arbeit durch die (weitere) Zunahme von Telearbeit daheim befürchtet, die Beschäftigten soziale Beziehungen und die soziale Eingebundenheit raubt sowie Probleme hinsichtlich einer wirksamen betrieblichen Interessenvertretung aufwirft. Es könnte durch die Produktivitätssteigerungen und den weiteren Ersatz menschlicher Arbeit durch intelligent zusammenarbeitende Maschinen zudem zu einem Verlust von Arbeitsplätzen kommen. Ferner könnte die Prekarisierung der Beschäftigungsverhältnisse voranschreiten, insbesondere durch vermehrte Leiharbeit, Umwandlung von Arbeits- in Werkvertragsverhältnisse, die nicht mehr oder kaum arbeits- und sozialversicherungsrechtlich eingebunden sind (Bleses 2008). Zudem werden die (weitere) zeitliche und räumliche Entgrenzung der Arbeit bis weit ins Private und in die Freizeit hinein, die ständige Erreichbarkeit der Beschäftigten und die neuen Möglichkeiten des Arbeitgebers, Daten über die Beschäftigten zu sammeln und sie zu kontrollieren, als großes Risiko gesehen (zu den möglichen Konsequenzen siehe: Cernavin et al. 2015; Schwemmle/Wedde 2012: 33ff.; Schröder/Schwemmle 2014).

Wenige dieser Hoffnungen und Bedenken sind heute neu, sondern werden schon seit geraumer Zeit diskutiert (vgl. etwa Mayer-Ahuja/Wolf 2005; Kalkowski/Mickler 2002; Kumbruck 2008; Boes/Baukrowitz 2002; Boes/Trinks 2005; Pongratz/Voß 2003; Reichwald et al. 2000). Allerdings kann für die Gegenwart festgestellt werden, dass die Digitalisierung der Arbeit mit ihren möglichen positiven wie negativen Konsequenzen aus ihrem ‚Nischendasein’ herausgetreten ist und zunehmend alle Branchen und die Arbeit der meisten Beschäftigten erfasst. Hierzu haben auch die Technikentwicklung, die Herausbildung der notwendigen Infrastruktur für den Technikeinsatz und die sinkenden Kosten sowie die Veralltäglichung digitaler Technik und Geräte im Privatleben beigetragen. Zunehmend werden jetzt auch jene Branchen erfasst, in denen die Unternehmen bislang allenfalls auf Führungsebene oder in der Zusammenarbeit mit externen Partnern erste Ansätze der Digitalisierung zeigten. Hierzu gehören – neben dem Bildungs- und Ausbildungsbereich – vor allem die personalen sozialen Dienstleistungen. Auch hier gibt es wiederum Vorreiter (etwa die Krankenhäuser) und Nachzügler (etwa die Altenpflege und Behindertenhilfe). Aber überall fasst der Einsatz digitaler Arbeitsmittel Fuß. Dies liegt insbesondere an den Möglichkeiten zur Produktivitätssteigerung (einmalige Datenerfassung, schnelle Weiterleitung von Daten, allgemeine Verfügbarkeit der Daten an verschiedenen Orten) und Qualitätskontrollen (z. B. Dokumentation der Leistungen).

1.2 Digitalisierung der Arbeit in den personalen sozialen Dienstleistungen

In den auf die Interaktion mit den unterstützungsbedürftigen Klienten und Klientinnen orientierten personalen sozialen Dienstleistungen unterscheiden sich Arbeitsprozesse, Arbeitsgegenstände, Professionsethik und Handlungslogiken stark von anderen Branchen. Und damit trifft auch die Digitalisierung der Arbeit auf ein Feld, das anders als andere Branchen ‚tickt’. In den personalen sozialen Dienstleistungen ist der primäre Arbeitsgegenstand der Mensch:

Die Arbeit wird nicht nur am, sondern auch mit dem Menschen gemeinsam verrichtet (Krankenpflege, Altenpflege, Behindertenhilfe, Erziehung usw.). Hier gelten etwa eigene und nicht beliebig veränderbare Zeitrhythmen. Auch der Arbeitsort ist nicht frei wählbar. Und die vor Ort stattfindende Interaktion ist nur in begrenztem Umfang digitalisierbar. Die Digitalisierung der Arbeit am und mit Menschen bedeutet deshalb, dass die Arbeitsprozesse um den Arbeitsgegenstand herum digitalisiert werden. Hier können entweder bestimmte Verrichtungen am Menschen digital unterstützt werden (z. B. Blutdruckmessung und automatische Übertragung der Werte an den Arzt/die Ärztin oder den Pflegedienst). Oder es kann der Organisationsprozess um die eigentliche Verrichtung am Menschen herum digitalisiert bzw. mit digitaler Technik unterstützt werden (z. B. die Informationsvermittlung an die Pflegekräfte).

Anders als die Digitalisierung der Produktion und der sie begleitenden Dienstleistungen (Industrie 4.0), ist die Digitalisierung der Arbeit in den personalen sozialen Dienstleistungen in den Chancen, Anforderungen und Risiken noch vergleichsweise wenig analysiert worden. Das hat sicherlich auch damit zu tun, dass personale soziale Dienstleistungen lange Zeit nur relativ geringe Bezüge zur Digitalisierung der Arbeit aufwiesen, aber auch damit, dass die Arbeitsforschung die personalen sozialen Dienstleistungen überhaupt erst spät entdeckt hat. Die Besonderheiten dieser Arbeit als „Interaktionsarbeit“ und der sie koordinierenden Organisationsprozesse rückten erst nach und nach ins Blickfeld der Forschung (Böhle/Glaser 2006; Böhle et al. 2015). Und auch dabei standen zuerst die großen Organisationseinheiten im Mittelpunkt, insbesondere Krankenhäuser.

1.3 Quantitativer Bedeutungszuwachs der ambulanten Pflege

Die stationäre Altenpflege und insbesondere die ambulante Pflege, die in den vergangenen zwei Jahrzehnten sehr stark gewachsen und längst nicht mehr nur Alten-, sondern umfänglich auch (nachsorgende) Behandlungspflege für unterschiedliche Altersgruppen ist, tauchen erst in jüngerer Zeit nach und nach in der Arbeitsforschung auf (z. B. Bury et al. 2006; Hien 2009; Bleses/Jahns 2016; Bleses et al. 2017). Auch der Gesetzgeber räumt der häuslichen Pflege den Vorrang vor der stationären Pflege ein. Die Leistungen der Pflegeversicherung soll vorrangig die häusliche Pflege sowie die Pflegebereitschaft von Angehörigen und Nachbarn unterstützen (§ 3 SGB XI). So wuchsen die gesellschaftliche Bedeutung der ambulanten Pflege sowie ihre Bedeutung als Pflege- und als Beschäftigungsfeld seit Einführung der Pflegeversicherung Mitte der 1990er Jahre sowie in Folge der Verkürzung der Liegezeiten im Krankenhaus und der damit verbundenen Verlagerung der (nachsorgenden) Behandlungspflege in den ambulanten Bereich hinein kontinuierlich an. So stieg die Zahl der Beschäftigten in der ambulanten Pflege in Deutschland zwischen 1999 und 2015 von knapp 184.000 auf mehr als 355.000 an (Statistisches Bundesamt 2015: 29; Statistisches Bundesamt 2017: 9); gegenüber 2013 stieg die Beschäftigtenzahl bis 2015 um 11,1 % beziehungsweise 36.000 Beschäftigte an (ebd.). Im Land Bremen stieg die Zahl der Beschäftigten in der ambulanten Pflege zwischen 1999 und 2013 von 2.749 auf 4.009 (GBE-Bund 2015) bzw. um knapp 46 %, im Jahr 2015 lag sie bereits bei 4.946 (Statistisches Bundesamt 2017: 10). Im Jahre 2015 versorgten im Land Bremen 112 Pflegedienste (73 in privater, 39 in freigemeinnütziger Trägerschaft) 7.130 Pflegebedürftige (Statistisches Bundesamt 2017: 6). Aufgrund stark steigender Zahlen der Pflegebedürftigen wird zukünftig mit einem weiter stark wachsenden Bedarf an Beschäftigten insgesamt und vor allem Pflegefachkräften gerechnet, der aus heutiger Sicht nicht näherungsweise gedeckt werden kann (vgl. Benedix et al. 2013; Rothgang et al. 2016). Indessen ist der weitere Ausbau ambulanter Dienste auch in Bremen erklärtes politisches Ziel (Koalitionsvereinbarung 2015: 66).

1.4 Die ambulante Pflege in der Arbeitsforschung

Die ambulante Pflege ist in den vergangenen Jahrzehnten in Arbeitsforschung und Arbeitsgestaltung sehr viel weniger beachtet worden als der stationäre Pflegesektor. Das hatte lange Zeit mit ihrer geringeren Größe zu tun; außerdem galt der ambulante Sektor vielfach als ein Pflegesektor ‚zweiter Klasse’. Das hat sich mittlerweile stark verändert. Die ambulante Pflege ist sehr stark gewachsen, sie ist politisch und gesellschaftlich anerkannt und wird von vielen Pflegekräften als Arbeitsfeld bevorzugt.

Allerdings steht die ambulante Pflege heute auch vor großen Herausforderungen, für die es keine einfach übertragbaren Lösungen aus anderen Branchen oder aus anderen Pflegebereichen gibt. In den vergangenen Jahren entstanden deshalb auch vereinzelte Analysen, die sich auf die ambulante Pflege und insbesondere die Arbeit und Arbeitsbedingungen dort konzentrierten (z. B. Bleses et al. 2017; Bleses/Jahns 2016; Bleses et al. 2013; Bury et al. 2006) oder die den ambulanten Bereich bzw. die Arbeit in der ambulanten Pflege wenigstens einbezogen haben (z. B. Grüner et al. 2015; Benedix/Medjedović 2014; Benedix et al. 2013; Theobald et al. 2013; Hien 2009).

Die Herausforderungen in der ambulanten Pflege werden zunächst durch den sozio-demografischen Wandel hervorgerufen: Immer mehr ältere Menschen, die nicht in ein Altenpflegeheim wechseln wollen, sondern auch bei wachsender Unterstützungsbedürftigkeit daheim bleiben wollen, müssen gepflegt werden. Zudem zählt der weitere Ausbau ambulanter Pflege und weiterer ambulanter Versorgungsangebote im Sinne des „ambulant vor stationär“ (Schaeffer/Ewers 2002) bis hin zu neuen Versorgungskonzepten im Quartier mittlerweile parteiübergreifend zum

politischen Programm. Diese Pflege wird aufgrund der weiter zunehmenden kontinuierlichen Erwerbstätigkeit von Frauen, die als Töchter oder Schwiegertöchter bislang den Hauptanteil privater Pflegetätigkeit übernommen haben, immer mehr vollständig oder ergänzend von professionellen Pflegediensten übernommen. Gleichzeitig sinkt durch die geburtenschwachen Jahrgänge die Zahl der potentiellen Auszubildenden, die in die Pflege gehen könnten. Als Herausforderung für die (ambulante) Pflege zeigt sich zudem, dass die Arbeitsbedingungen in der Pflege für viele junge Menschen und für viele Pflegekräfte zu unattraktiv sind, um die Pflegeausbildung in Konkurrenz mit anderen Ausbildungsmöglichkeiten zu wählen bzw. auf Dauer in der Pflege verbleiben zu wollen. Obwohl die ambulante Pflege im Vergleich zum stationären Bereich in der jüngeren Vergangenheit an Attraktivität gewonnen hat (z. B. selbstbestimmtere Arbeit, geringere Exposition dauerhaft belastender Situationen pro Schicht) (Bleses/Jahns 2016; Bleses et al. 2013), nehmen auch hier die Belastungen stark zu.

Die sozio-demografische Entwicklung wird auch in der ambulanten Pflege dazu führen, dass die Belegschaften im Durchschnitt zunehmend älter werden. Die wachsenden Herausforderungen durch Arbeitsverdichtung, neue Qualitätsanforderungen, Vorgaben der Krankenkassen und der Pflegeversicherung (z. B. Abrechnungs- und Dokumentationsvorgaben, veränderte Bewilligung von Heil- und Hilfsmitteln) sowie neue technische Hilfen in der eigentlichen Pflegetätigkeit (z. B. Lifter am Bett) und in der Arbeitsorganisation müssen daher von älter werdenden Pflegekräften bewältigt werden können. Das stellt große Herausforderungen an:

- die Etablierung bzw. anschließende Sicherung einer möglichst guten Arbeitsqualität durch Arbeitsgestaltung, Arbeitsorganisation, betriebliche Gesundheitsförderung, berufsbegleitende Qualifikations- und Kompetenzentwicklung,
- die Sicherung der Motivation von Pflegekräften über mehrere Jahrzehnte Pflegetätigkeit angesichts oft thematisierter Anerkennungsdefizite,
- die gute Zusammenarbeit bzw. Interaktion zwischen verschiedenen Funktionsgruppen im Unternehmen (v.a. leitende und mittlere Führungskräfte, Pflegekräfte, Hauswirtschaftskräfte).

Auch wenn Pflegekräfte meist gerne in der ambulanten Pflege arbeiten, ist ihre Arbeit oft physisch und psychisch stark belastend (Bleses et al. 2017; Bleses/Jahns 2016; Benedix/Medjedović 2014). Die Pflege selbst wird zwar an sich oft als sehr sinnerfüllend erlebt, dennoch stellt der beständige Umgang mit Krankheit und Tod hohe Ansprüche an die Pflegekräfte; die Auswirkungen der Ökonomisierung der Pflege und der sich immer stärker auswirkende Fachkräftemangel verschlechtern die Situation. Sie schränken die zeitlichen Ressourcen der Pflege immer stärker ein. Arbeitsverdichtung mit der Folge psychischer und physischer Überlastungen sind kennzeichnend (Theobald et al. 2013; Bleses/Jahns 2016; Hien 2009). Hinzu kommen wenig attraktive Arbeitsbedingungen (relativ geringes Einkommensniveau, Schichtarbeit, häufiges Einspringen) (vgl. auch Bogaj et al. 2015; Benedix/Medjedovic 2014). Auf diese Situation reagieren Pflegekräfte zunehmend mit dem Verlassen des Berufes oder durch „Flucht in die Teilzeit“ (vgl. Next-Studie zur Fluktuation in der Pflege: Hasselhorn et al. 2005).

Aber selbst Pflegekräfte, die gerne Vollzeit arbeiten möchten, finden kaum Möglichkeiten dazu, weil die Pflegedienste Teilzeitarbeit bevorzugen. Dadurch wollen sie die ‚Kopfzahl' der Pflegekräfte erhöhen oder hochhalten, um besser die vielen, häufig parallel verlaufenden Einsätze bei zugleich vergleichsweise kurzen Dienstzeiten abdecken zu können. Das gilt vor allem für Zeiten mit vielen krankheitsbedingten Ausfällen von Pflegekräften. In manchen Pflegediensten kommt es zudem zu geteilten Diensten (Früh- und Spätdienst), die für die meisten Pflegekräfte sehr belastend und unattraktiv sind. Sie sind aber manchmal kaum zu verhindern, um die Versorgung der Pflegebedürftigen sicherstellen zu können. Vollzeitarbeitskräfte müssen zum Teil auch deshalb zwei Dienste am Tag übernehmen, weil sie ihre vertragliche Arbeitszeit sonst kaum erfüllen können.

Durch diese wenig attraktiven Arbeitsbedingungen wird der ohnehin vorhandene demografiebedingt vorhandene Fachkräftemangel weiter verstärkt. Schon jetzt hat die Pflegebranche insgesamt mit einer sehr hohen Fluktuationsquote und einer geringen Verbleibezeit im Pflegeberuf zu kämpfen. Es stellt sich die Frage, ob technische Entwicklungen in der ambulanten Pflege (wie die Verbreitung der MDA), die Effizienzsteigerungen in der Organisation sowie eine verbesserte Information und Kommunikation auf den Touren bewirken sollen, eine Verbesserung der Versorgungsqualität, der Arbeitsbedingungen und der Arbeitssituation leisten können.

1.5 Die ambulante Pflege in der Forschung: Zum Technikeinsatz und zur Digitalisierung der Arbeit

Es gibt bislang erst vergleichsweise wenige Studien zum Technikeinsatz und seinen Folgen für die Arbeitsorganisation und Arbeitsqualität in der Altenpflege im Allgemeinen und in der ambulanten Pflege im Besonderen (z. B. BGW 2017; Hielscher 2014; Hielscher et al. 2015; Sowinski et al. 2013; zu einer Übersicht über aktuelle Forschungs- und Entwicklungsvorhaben: ePflege 2017). Auch die Anforderungen an die Qualifikations- und Kompetenzentwicklung wurden bislang erst in jüngerer Zeit intensiver thematisiert (z. B. Bending et al. 2017; Kamin 2013;

Kannenberg-Otremba 2005; Hülsken-Giesler 2010; Bleses et al. 2017). Ein wichtiges Forschungsergebnis ist bislang, dass Technikeinsatz den Interaktionsprozess zwischen Pflegekraft und Klienten oder Klientinnen nicht stören darf, wenn Pflegekräfte die Technik positiv annehmen sollen (vgl. Claßen et al. 2010; BGW 2017; zu den Besonderheiten der Pflegearbeit als Interaktionsarbeit sowie ersten Gestaltungsansätzen siehe Böhle et al. 2015; Böhle/Glaser 2006; Becke/Bleses 2016). Außerdem darf für die Akzeptanz der Pflegekräfte nicht der Eindruck entstehen, dass (digitale) Technik zu weiteren Personaleinsparungen führt (Hielscher 2014: 28f; BGW 2017).

Die Einführung der MDA und der Umgang mit dieser Technik in der ambulanten Pflegepraxis sind bislang noch wenig erforscht. Konkrete Beobachtungen einer Einsatzsituation, ihrer Chancen und dabei entstehender Probleme sind im BMBF-/ESF-geförderten Verbundprojekt ZUKUNFT:PFLEGE gemacht worden, ohne dass dieser Aspekt der Arbeit von Pflegekräften jedoch im Mittelpunkt des Projekts stand (Bleses et al. 2013). Hier stellte sich heraus, dass die Pflegekräfte unterschiedliche Bereitschaft zeigten, sich mit dem Gerät und seinen Möglichkeiten zu befassen und es aus eigener Überzeugung in der Praxis zu nutzen. Es wurde deutlich, dass die Möglichkeiten der Bedienung wie des konkreten Einsatzes in der Praxis (Nutzung vor den Patienten und Patientinnen, Zeitpunkte zum Starten und Beenden der Tour auf dem Gerät, Bestätigungsbedienung nach Beendigung des jeweiligen Pflegeeinsatzes, Wechsel der Touren auf dem Gerät im Falle des Einspringens usw.) nicht allen Pflegekräften bekannt waren, während andere das Gerät bereits souverän einsetzten und davon profitierten. Außerdem tauchte in den Analysen das Thema der größeren Kontrolldichte auf, da die Einsatzzeiten nun digital dokumentiert werden. Vereinbart wurden im Projekt erneute Einarbeitungen für bereits beschäftigte Pflegekräfte, die Aufnahme einer Einführung in die Gerätebedienung einschließlich einer kurzen gedruckten Anleitung in den Einarbeitungsstandard für neu eingestellte Pflegekräfte.

Das Projekt ZUKUNFT:PFLEGE zeigte zudem die große Bedeutung eines gut funktionierenden Informationsflusses sowie gut gestalteter Kommunikationssituationen für die Arbeitsqualität von Pflege- wie mittleren Führungskräften in den Pflegezentralen (Bleses/Jahns 2016). Die Pflegekräfte benötigen auf ihren Touren möglichst gute und aktuelle Informationen zu den Patienten und Patientinnen und den Tourenverläufen, damit sie möglichst handlungssicher arbeiten können; die Führungskräfte benötigen die Informationen von den Pflegekräften, um sie im Rahmen von Übergaben an die nachfolgenden Schichten weitergeben zu können. Denn in der ambulanten Pflege stellt sich die Übergabesituation völlig anders dar als in der stationären Pflege. Während sie im stationären Bereich von den Pflegekräften einer Schicht direkt an die folgende Schicht weitergegeben wird, ist in der ambulanten Pflege die Führungskraft im Büro zwischengeschaltet, die von einzelnen Pflegekräften die Informationen aufnimmt und Wichtiges an die nachfolgenden einzelnen Pflegekräfte weitergibt bzw. bestimmte Veranlassungen trifft (Bestellung von Medikamenten, Anpassung der Pflegeleistungen usw.). Zudem werden hier auch andere Medien genutzt, wie beispielsweise das papierbasierte Übergabebuch.

Die digitalen Tourenbegleiter bieten durchaus Chancen zur Verbesserung der Touren- und Einsatzplanung, der Kommunikationssituation und vor allem des (aktuellen) Informationsflusses auf den Touren. Allerdings verlangt das eine gute Gestaltung des Umgangs mit den digitalen Geräten sowie eine gute Softwaregestaltung. Eine ausbleibende Gestaltung könnte den möglichen Nutzen der Geräte verringern bzw. sogar neue Belastungen bei den Pflegekräften erzeugen. Der Analyse der Nutzenpotenziale für Pflege- und Führungskräfte und ihrer Entwicklung mittels des Einsatzes von MDA widmet sich gegenwärtig das BMBF-/ESF-geförderte Forschungs- und Entwicklungsprojekt KOLEGE (Bleses et al. 2017). Im Mittelpunkt des Projekts, das mit zwei Praxispartnern durchgeführt wird, steht zum einen die Entwicklung eines Organisationskonzepts für die Einführung und Praxis der MDA in der ambulanten Pflege. Dabei geht es um die organisationalen Rahmenbedingungen (z. B. die Abgrenzung von Arbeits- und Freizeit, den Datenschutz) ebenso wie um die Entwicklung technischer Kompetenzen und der Bereitschaft, diese Technik überhaupt nutzen zu wollen. Zum anderen soll eine Software entwickelt werden, welche die Branchensoftware auf den MDA in den Bereichen „Kommunikation, Information und Lernen“ nutzerorientiert ergänzt und insbesondere auf die Verbesserung der Arbeitsqualität der Pflegekräfte mittels digitaler Technik zielt.

Die MDA, die von den Pflegekräften auf den Touren genutzt werden, sind dabei erst als zweiter Schritt der Digitalisierung in der ambulanten Pflege zu sehen. Ihm geht die Digitalisierung der Pflegezentralen als erster Schritt voraus. Diese muss der Einführung der MDA auch vorausgehen, damit die MDA sinnvoll mit der Pflegezentrale vernetzt werden können. Denn auf den PC in den Pflegezentralen läuft eine Branchensoftware, die zentrale Verwaltungs- und Organisationsaufgaben umfasst. Hierzu gehören neben der Leistungsabrechnung in aller Regel die Dienst- und Tourenplanung sowie zum Teil auch die Pflegedokumentation. Auf den MDA ist dann die mobile Variante der Branchensoftware installiert, die sowohl Daten empfängt (z. B. die Tourenplanung des Tages und ggf. auch deren aktuelle Veränderungen) als auch später an die Branchensoftware auf den PC in der Zentrale übermittelt (z. B. die Fahr- und Pflegezeiten, die Leistungsdokumentation). Dort werden die Daten dann unmittelbar weiterverarbeitet und müssen nicht mehr den Weg über eine zuerst handschriftliche Leistungs- und Tourendokumentation nehmen.

Auf dem Markt konkurrieren derzeit zahlreiche verschiedene Anbieter von Branchensoftware-Lösungen miteinander um die Nutzung in (stationären Einrichtungen und) der ambulanten Pflege. Die verschiedenen Software-Angebote

besitzen einen unterschiedlichen Funktionsumfang und sind miteinander nicht (oder sehr selten) kompatibel. Ein Wechsel der Software in einem Unternehmen ist zwar selbstverständlich möglich, aber mit einem sehr hohen Aufwand und Kosten verbunden, der viele Unternehmen davon abschrecken dürfte, einen solchen Schritt ohne größere Not zu gehen. Daher besteht bezüglich der Nutzung der Software auf den MDA meist dann keine Wahl mehr, wenn in der Pflegezentrale bereits eine bestimmte Branchensoftware genutzt wird. Pflegeunternehmen, die sich heute erst eine Branchensoftware für die Zentrale einkaufen, sollten sich gut überlegen, ob ihnen der Funktionsumfang und die Gestaltung der mobilen Lösungen dieser Software zusagen, weil der Schritt zur MDA-Nutzung dann mit dieser Software vollzogen würde. Das ist für den Prozess der Einführung zu bedenken: Es geht für die Unternehmen, die bereits eine digitalisierte Pflegezentrale eingerichtet haben, nur noch um das ‚Ob' der Einführung der MDA und nicht mehr darum, den Pflege- und Führungskräften eine Abwägung über Vor- und Nachteile verschiedener mobiler Pflege-Software-Lösungen zu überlassen. Lediglich der genutzte Funktionsumfang mag dann noch zu entscheiden sein, weil manche Funktionen ohne andere oder nur in begrenztem Umfang genutzt werden können (z. B. Zeiterfassung; Dokumentation).

2 Empirische Analyse

Für fachkundige Unterstützung des Projektteams und zur Gewährleistung eines möglichst guten Feldzugangs zu privaten und frei-gemeinnützigen Trägern der ambulanten Pflege im Lande Bremen mit den Städten Bremen und Bremerhaven wurde ein Projektbeirat gewonnen. Der Beirat bestand aus Vertretern und Vertreterinnen der Arbeitnehmerkammer Bremen, des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste, Landesverband Bremen (bpa), der Landesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege Bremen e.V. (LAG), der Wirtschafts- und Sozialakademie der Arbeitnehmerkammer Bremen gGmbH (wisoak), der Bremer Sozialbehörde, des Senators für Wirtschaft, Arbeit und Häfen und bezüglich Fragen der Kompetenzentwicklung in Aus-, Fort- und Weiterbildung der Altenpflegeschulen.

Das Forschungsprojekt beinhaltete quantitative und qualitative Forschungsanteile. Für die quantitative Analyse wurde eine Online-Befragung bei allen privaten und frei-gemeinnützigen ambulanten Trägern im Land Bremen durchgeführt, um den Verbreitungsgrad der MDA, deren Haupteinsatzgebiete und Funktionsumfang sowie Hinweise auf Chancen und Herausforderungen dieser Digitalisierung der Arbeit in der ambulanten Pflege zu analysieren.

Die qualitative Analyse bestand aus zwei Erhebungen: Zum einen wurden Gespräche mit überbetrieblichen Experten und Expertinnen geführt, in denen die Digitalisierung der Arbeit in der ambulanten Pflege aus unterschiedlichen Fachperspektiven ergründet wurden. Zum anderen wurden betriebliche Experten und Expertinnen bei ausgewählten Bremer Pflegediensten interviewt, die bereits Erfahrungen mit MDA gesammelt hatten und sich für weitergehende Gespräche bereit erklärten. In diesen Gesprächen sollten nicht nur die aus der quantitativen Befragung gewonnen Erkenntnisse vertieft werden, die Gespräche waren zudem so offen angelegt, dass auch weitere Aspekte der Arbeit mit den MDA thematisiert werden konnten.

2.1 Quantitative Analyse

Auf den folgenden Seiten werden die Ergebnisse der quantitativen Analyse im Projekt DigiTour dargelegt. Zunächst wird die methodische Vorgehensweise näher erörtert, daran anschließend folgt die Auswertung der quantitativen Analyse. Den Abschluss bildet ein Fazit, in dem die wesentlichen Ergebnisse der Erhebung zusammengefasst werden.

2.1.1 Methodenbeschreibung

Im quantitativen Teil der Studie wurde zunächst eine Online-Befragung durchgeführt. Geplant war eine Vollerhebung bei allen Beschäftigten im Lande Bremen, mittels derer zunächst bei allen Pflegediensten im Land Bremen der Verbreitungsgrad der MDA sowie deren Haupteinsatzgebiete bzw. deren Funktionsumfang und den Erwartungen an die Geräte vor der Geräteeinführung und die Erfahrungen mit den MDA in der Praxis analysiert werden sollten.

Die Online-Befragung fand statt im Zeitraum von Anfang April bis Ende Juli 2017.

Bekannt gemacht wurde die Befragung über verschiedene Wege:

- Alle Pflegedienste im Land Bremen wurden persönlich angeschrieben. Als Ansprechpartner und Ansprechpartnerinnen wurden die Pflegedienstleitungen gewählt. Neben dem Anschreiben wurden Poster zum Aushang sowie Flyer zum Auslegen in den Unternehmen versandt.
- Die Pflegedienste wurden zweimal per Mail kontaktiert, einmal davon mit einem Unterstützungsschreiben von der Sozialbehörde.

- Die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen der Universität und Arbeitnehmerkammer sowie die Beiratsmitglieder haben an Orten, an denen sich Pflegekräfte aufhalten, Poster aufgehängt und Flyer ausgelegt.
- Die Befragung wurde online über soziale Netzwerke beworben. Es wurde Kontakt aufgenommen zu regionalen Netzwerken und Pflegeinitiativen, Verbänden, Zusammenschlüssen, Anbietern ambulanter Pflege sowie Fortbildungsanbietern.
- Die Befragung wurde auf Arbeitstreffen, Gremien, E-Mail-Verteiler etc. durch Beiratsmitglieder (u. a. bpa und LAG) bekannt gemacht.
- Altenpflegeschüler und Altenpflegeschülerinnen wurden durch Mitglieder des Beirats direkt angesprochen/über die Befragung informiert und zur Teilnahme aufgefordert.
- Es erschien ein Artikel zum Projekt und den Beteiligungsmöglichkeiten in der Zeitung „Weser Report".

Trotz der intensiven Versuche, die Befragung bekannt zu machen, konnten insgesamt nur 85 vollständig oder annähernd abgeschlossene Beantwortungen erreicht werden.

- Führungskräfte: 34 Teilnehmer und Teilnehmerinnen
- Pflegekräfte: 50 Teilnehmer und Teilnehmerinnen
- Auszubildende: 1 Teilnehmer oder Teilnehmerin
- Betriebsräte/Mitarbeitervertretung: 0 Teilnehmer oder Teilnehmerinnen

Bei ca. 5.000 Beschäftigten in der ambulanten Pflege im Land Bremen (Statistisches Landesamt (2017): 4.946 Beschäftigte in 2015) liegt die Beteiligung bei der Befragung der Pflegekräfte somit lediglich bei 1 %. Die Befragung der Führungskräfte erzielte ein besseres Ergebnis: In Bremen gibt es ca. 120 Pflegebetriebe. Nimmt man an, dass pro Pflegebetrieb im Durchschnitt zwei Führungskräfte tätig sind, ist von einer Beteiligung von 14,17 % auszugehen, geht man von drei Führungskräften pro Betrieb aus, läge die Beteiligung bei ca. 9,4 % (Statistisches Landesamt (2017): 238 Beschäftigte im Bereich Verwaltung/Geschäftsführung).

Als mögliche Gründe für die eher geringe Teilnahme wurden in Erwägung gezogen:

- Die Befragung wurde von der Zielgruppe trotz Werbung nicht hinreichend wahrgenommen.
- Das Thema ist für die Zielgruppe nicht interessant.
- Der Zielgruppe fehlt es an technischen oder zeitlichen Ressourcen für die Teilnahme.
- Die Form der Befragung spricht die Zielgruppe nicht an.
- Die angesprochenen Führungskräfte haben die Informationen zur Befragung nicht hinreichend weitergegeben.

Eine weitere mögliche Fehlerquelle, die bei allen öffentlich zugänglichen Online-Befragungen möglich ist und die bei der Interpretation der Daten bedacht werden muss, ist: Die Befragten könnten – obwohl in der Befragung so angegeben – nicht aus der angestrebten Zielgruppe stammen. Eine Kontrolle, wer an der Online-Befragung teilgenommen hat, hat aus Datenschutzgründen nicht stattgefunden. Die Befragten konnten und sollten sich nicht registrieren.

Da auch der Name des Betriebs nicht erfasst wurde, ist zudem auch nicht auszuschließen, dass ein größerer Anteil der Teilnehmer und Teilnehmerinnen aus einem Betrieb kommt und somit die Ergebnisse der Befragung in eine Richtung verzerrt sind und somit das Gesamtergebnis beeinflussen.

Die Anzahl der Teilnehmer und Teilnehmerinnen (Stichprobengröße) beeinflusst die Präzision der Ergebnisse. Je mehr Teilnehmer und Teilnehmerinnen erreicht werden, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit fehlerhafter Ergebnisse.[1]

[1] In der quantitativen Datenanalyse spielen bei der Berechnung der Repräsentativität einer Stichprobe einerseits das Konfidenzniveau und andererseits die Fehlerquote eine entscheidende Rolle. Das Konfidenzniveau sagt etwas über die Verlässlichkeit eines Maßes aus und wird zumeist mit 99 %, 95 % oder 90 % gewählt. Die Fehlerquote sagt etwas über die Höhe der Fehler aus, die um ein Maß herum auftreten. Je größer die tolerierte Fehlerquote, desto geringer kann die Stichprobengröße ausfallen. Legt man ein Konfidenzniveau von 95 % zugrunde und berechnet die Höhe der Fehlerquote aufgrund der erreichten Stichprobengrößen in der Online-Befragung des Projekts DigiTour, ergibt sich Folgendes:
15,7 % Fehlerquote bei der Befragung der Führungskräfte.
13,9 % Fehlerquote bei der Befragung der Pflegekräfte.
Legt man ein Konfidenzniveau von 90 % zugrunde und berechnet die Höhe der Fehlerquote aufgrund der erreichten Stichprobengrößen, ergibt sich folgendes:
13,1 % Fehlerquote bei der Befragung der Führungskräfte.
11,6 % Fehlerquote bei der Befragung der Pflegekräfte.

Um von einer Teilgesamtheit (die Stichproben der Führungs- und Pflegekräftebefragung) auf die Grundgesamtheit (hier: alle Führungs- und Pflegekräfte in der ambulanten Pflege in Bremen) schließen zu können, sollte die Stichprobe „in der Verteilung aller interessierenden Merkmale der Gesamtmasse (entsprechen), d. h. ein zwar verkleinertes, aber sonst wirklichkeitsgetreues Abbild der Gesamtheit" darstellen (Berekoven et al., 1999, S. 50).

Die Größenordnungen der Rückmeldungen spiegeln trotz der geringen Teilnehmer- und Teilnehmerinnenzahl jedoch weitestgehend die tatsächlichen Größenverhältnisse zum Beispiel beim Anteil privater und freigemeinnütziger Pflegedienste in Bremen wider. Laut der Pflegestatistik 2015 des Statistischen Bundesamts (2017) gab es 2015 in Bremen 112 Pflegedienste, wovon 65,2 % private Pflegedienste und 34,8 % freigemeinnützige Pflegedienste waren. Die Rückmeldungen in der quantitativen Analyse ergaben hier eine Verteilung von 61 % privaten Pflegediensten und 39 % Wohlfahrtspflegediensten.

Auch beim Alter der befragten Beschäftigten konnten annähernd realitätsgetreue Ergebnisse erreicht werden (siehe unten).

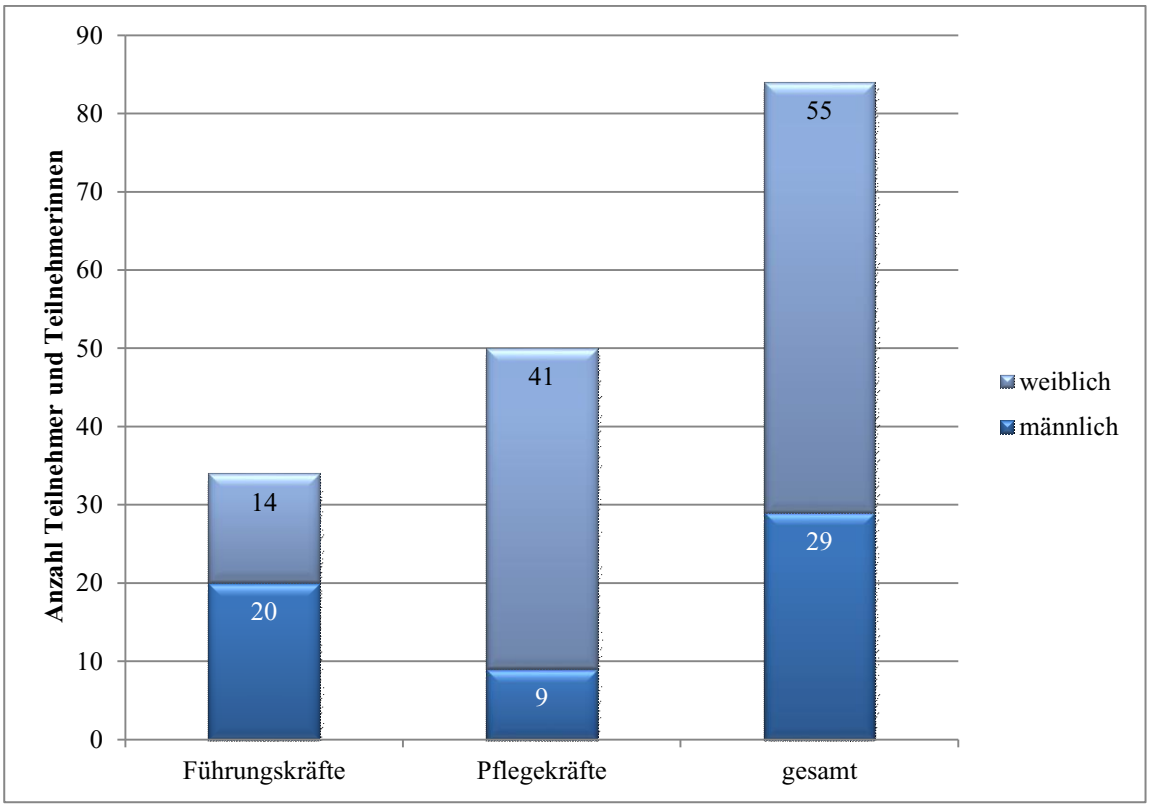
In der empirischen Forschung gibt es keine eindeutige Definition von Repräsentativität. Trotz der – sofern beurteilbar – teilweise tatsächlich realitätsnahen Ergebnisse der Befragung, werden die Ergebnisse aufgrund der hohen Fehlerwahrscheinlichkeit jedoch als nicht ausreichend repräsentativ bewertet, das heißt die Ergebnisse der Befragung werden nicht als Abbild der Realität in der ambulanten Pflege im Lande Bremen betrachtet, sondern werden im Sinne von Einzelmeinungen in die Auswertung einfließen, ohne den Anspruch auf Repräsentativität zu erheben.

2.1.2 Auswertung

Strukturelle Merkmale der befragten Personen

Von 84 der 85 auswertbaren Online-Fragebögen konnten Aussagen über Geschlecht und Position im Unternehmen getroffen werden. Demnach nahmen an der Befragung 29 männliche und 55 weibliche Personen teil. Von den männlichen Teilnehmern waren 20 Führungskräfte und 9 Pflegekräfte, von den weiblichen Teilnehmerinnen waren 14 Führungskräfte und 41 Pflegekräfte (vgl. Abb. 1).

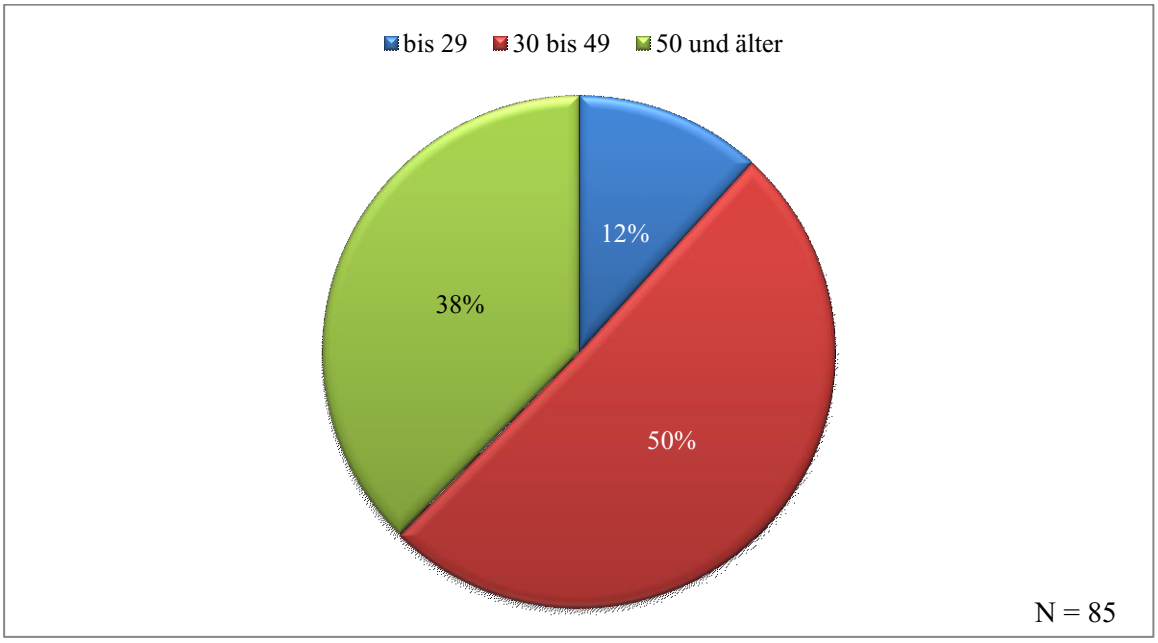
Abbildung 1: Anzahl der Teilnehmer und Teilnehmerinnen nach Geschlecht und Position im Unternehmen



Beispiel zur Veranschaulichung: Wir legen ein Konfidenzniveau von 95 % fest und akzeptieren eine Fehlerquote von 10 %. Bei einer Umfrage unter Berufstätigen geben 30 % an, morgens nicht zu frühstücken. Wenn wir diese Umfrage nun 100 Mal unter den gleichen Bedingungen wiederholen, werden in 95 von 100 Umfragen 20 bis 40 % (= 30 % +/- 10 %) der Berufstätigen angeben, morgens nicht zu frühstücken.

Die *Altersstruktur* stellte sich wie folgt dar: Insgesamt waren 10 Teilnehmer und Teilnehmerinnen bis zu 29 Jahre alt (2 Führungs- und 8 Pflegekräfte), 43 Teilnehmer und Teilnehmerinnen waren zwischen 30 und 49 Jahren alt (19 Führungs- und 24 Pflegekräfte) und 32 Teilnehmer und Teilnehmerinnen waren 50 Jahre und älter (13 Führungs- und 19 Pflegekräfte). Damit waren insgesamt 12 % der Befragten bis zu 29 Jahren alt, 50 % waren zwischen 30 und 49 Jahren alt und 38 % waren 50 und älter. Zum Vergleich: Laut Pflegereport 2015 des Statistischen Landesamts (2017) waren in Bremen 13,4 % der Beschäftigten bis 30 Jahre alt, 44 % zwischen 30 und 50 sowie 42,6 % älter als 50 (vgl. Abb. 2).

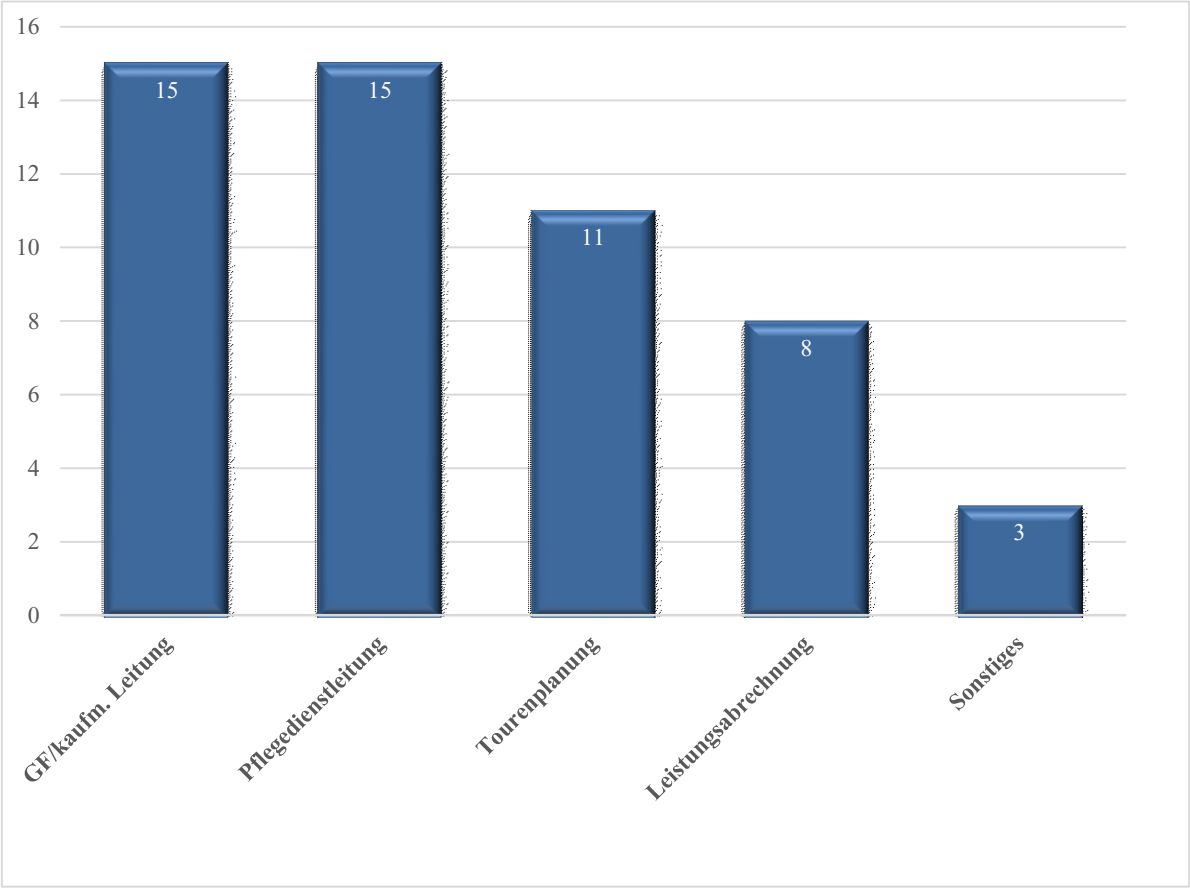
Abbildung 2: Alter der Teilnehmer und Teilnehmerinnen in %



Hinsichtlich der *Ausbildung* der befragten Pflegekräfte war festzuhalten, dass 24 % der Befragten (12) Pflegehelfer/Pflegehelferinnen, 29 % examinierte Gesundheits- und Krankenpfleger/Krankenpflegerinnen (15) und 37 % examinierte Altenpfleger/Altenpflegerinnen (19) waren. 10 % der Befragten (5) konnten keiner dieser *Berufsgruppen* zugeordnet werden. Genannt wurden hier: Bürokauffrau (1), Medizinische Fachangestellte/Arzthelferin (4).

Hinsichtlich der *Funktionen der Führungskräfte* (Abb. 3) waren Mehrfachnennungen möglich. Die Antworten der 34 Führungskräfte verteilten sich dabei wie folgt:

Abbildung 3: Funktionen der Führungskräfte



15 Befragte gaben an, in der Geschäftsführung/kaufmännischen Leitung tätig zu sein. Eine tiefergehende Analyse der Antworten ergab, dass vier dieser Befragten gleichzeitig als Pflegedienstleitung tätig, fünf gleichzeitig für die Leistungsabrechnung und vier gleichzeitig für die Tourenplanung zuständig waren. Eine Person war neben den genannten vier Funktionen auch noch als Pflegefachkraft tätig. Alle Befragten, die in Personalunion verschiedene Funktionen ausfüllten, kamen aus privaten Pflegediensten. Nur zwei Führungskräfte aus der Wohlfahrtspflege waren gleichzeitig für die Tourenplanung und die Leistungsabrechnung zuständig.

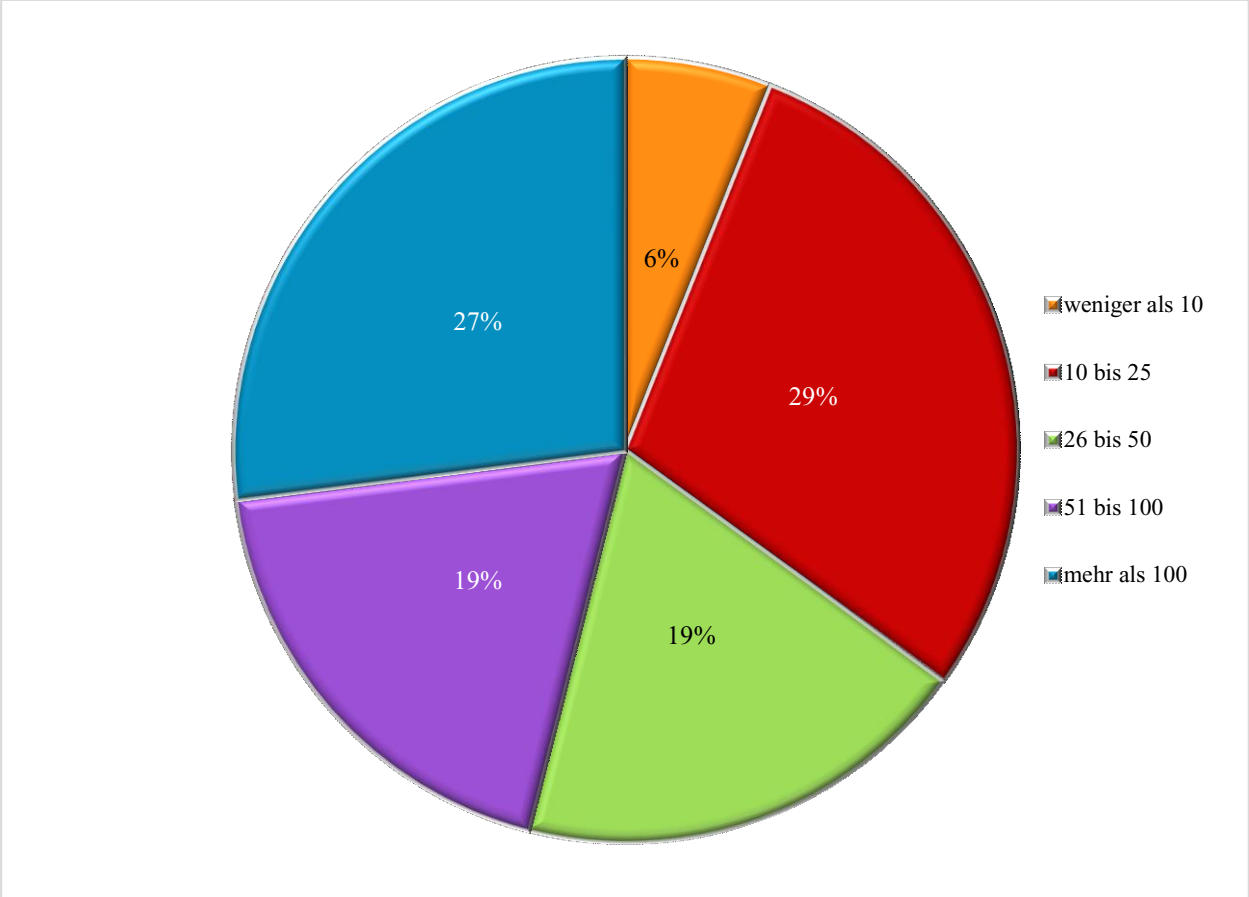
Die *Beschäftigungsdauer* der befragten Pflegekräfte (N = 51) war bemerkenswert lang: Größtenteils waren sie bereits seit mehr als 3 Jahren in der ambulanten Pflege beschäftigt (84 %): 43 % seit 3 bis 10 Jahren und 41 % sogar bereits seit mehr als 10 Jahren. Wir konnten also davon ausgehen, dass sich vorwiegend Pflegekräfte beteiligt haben, die bereits reichhaltige Erfahrungen in der ambulanten Pflege erworben haben.

Betriebsort und Betriebsgröße

Antworten zum *Beschäftigungsort* konnten von 84 der 85 Befragten erhoben werden. Der Großteil der Befragten (75) arbeitete in Bremen, nur 3 kamen aus Bremerhaven und 6 von außerhalb Bremens. 61 % der 85 Befragten arbeiteten in einem privaten Pflegedienst, 39 % in einem Pflegedienst der Wohlfahrtspflege.

Hinsichtlich der *Betriebsgrößen* (vgl. Abb. 4) der befragten Personen ließ sich feststellen, dass etwa ein Drittel (35 %) in vergleichsweise kleinen Betrieben bis zu 25 Beschäftigten, etwas mehr als ein Drittel (38 %) in mittleren Betrieben bis zu 100 Beschäftigten und ein knappes Drittel (27 %) in größeren Betrieben mit mehr als 100 Beschäftigten tätig war.

Abbildung 4: Anzahl Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in den Betrieben in %



Nutzung digitaler Technik im Privat- und Berufsleben

Der überwiegende Teil der befragten Führungs- und Pflegekräfte nutzte im Privatleben sowohl Smartphones (77 Nennungen) als auch Laptop und PC (72 Nennungen).

Die Pflege- und Führungskräfte wurden jeweils danach befragt, ob sie bereits MDA nutzten oder noch nicht. Die Personen, die noch keine MDA nutzten, wurden dann weitergehend befragt, ob sie eine Einführung der Geräte begrüßen oder ablehnen würden. Daran anschließend wurden Hoffnungen und Erwartungen bzw. Vorbehalte und Bedenken abgefragt. Die Personen, die bereits MDA nutzten, wurden nach ihren Erwartungen vor der Einführung und ihren bereits gewonnenen Praxiserfahrungen befragt.

52 % der befragten Pflegekräfte und 42 % der Führungskräfte nutzten bereits MDA in ihren Unternehmen. Insgesamt ergab sich hier eine Verteilung von 48 % der Befragten, die MDA nutzten und 52 % die noch keine MDA nutzten. 56 % der befragten Führungskräfte, die bislang keine MDA nutzten, planten jedoch die Einführung entsprechender Geräte. Auch bei den Pflegekräften, die noch keine MDA nutzten, würden ungefähr die Hälfte der Befragten (52 %) die Einführung von MDA begrüßen.

Die Befragten, die bereits MDA einsetzten, nutzten diese durchschnittlich 3,68 Jahre, der Median lag bei 3 Jahren. Alle Befragten nutzten Geräte, die der Betrieb ihnen zur Verfügung stellte. In lediglich einem Betrieb wurden Tablets genutzt, alle anderen Befragten nutzten Smartphones (39 Nennungen).

12 Befragte machten Aussagen zur genutzten Software: 5 nutzten MediFox, 4 VIVENDI von CONNEXT, 2 CuraSoft und 1 snap von euregon. In der Befragung wurden die unterschiedliche Software und die Zufriedenheit mit der spezifischen Software jedoch nicht weiter analysiert. Festzuhalten bleibt aber, dass die Systeme unterschiedliche Funktionalitäten beinhalten (z. B. bietet nicht jeder Anbieter ein digitales Übergabebuch oder eine Pflegedokumentation für die MDA an). Es ist also wahrscheinlich, dass daraus auch ein unterschiedlicher Nutzungsumfang in der Praxis resultiert. Die Pflegedienste sind zwar frei, eine Software ihrer Wahl zu nutzen. Wenn sie aber bereits zuvor in der Pflegezentrale die Branchensoftware eines Anbieters genutzt haben, ist es hochwahrscheinlich, dass sie dann auch die mobile Variante für die MDA dieses Anbieters wählen, da nur dann eine sinnvolle Vernetzung zwischen den MDA und den Pflegezentralen möglich ist. Ein Umschwenken auf eine andere Branchensoftware ist mit

hohem Aufwand und hohen Kosten verbunden. Ein solcher Schritt dürfte nur bei größerer Unzufriedenheit mit der Branchensoftware insgesamt vollzogen werden.

Bei der Frage nach einer Beteiligung an der Einführung der MDA waren Mehrfachnennungen möglich. Die befragten Pflegekräfte gaben an, dass sowohl sie selbst als auch andere Pflegekräfte (jeweils 13 Nennungen) sowie Verwaltungs- und Führungskräfte (19 Nennungen) an der Einführung beteiligt gewesen seien. 2 Pflegekräfte gaben auch an, dass der Betriebsrat beteiligt wurde.

Bei den befragten Führungskräften gaben 12 an, die Pflegekräfte an der Einführung beteiligt zu haben. Etwas geringer fiel die Beteiligung von Führungskräften mit nur 10 Nennungen aus. Als weitere Beteiligte an der Einführung wurden von den Führungskräften Softwareexperten/-expertinnen (6 Nennungen), Betriebsrat/-rätin bzw. die Mitarbeitervertretung (1 Nennung) sowie weitere externe Experten/Expertinnen (1 Nennung) genannt.

Aufgrund eigener Praxiserfahrungen und auch der qualitativen Befragungsergebnisse der vorliegenden Studie ist jedoch davon auszugehen, dass es keine Einführung ohne Beteiligung von Führungskräften gegeben hat. Eventuell ist hier eher davon auszugehen, dass die Befragten bei der Beantwortung der Frage nicht den allgemeinen Einführungsprozess für alle Beschäftigten im Unternehmen im Blick gehabt haben, sondern lediglich die individuelle Schulung für den Einsatz der Geräte in der Pflegepraxis.

Zur Vorbereitung auf die Nutzung gaben die befragten Pflegekräfte an, an Schulungen teilgenommen zu haben (19 Nennungen) und Informationsmaterialien bekommen zu haben (11 Nennungen). 7 nennen ein Übungshandbuch, 5 Sonstiges (Mehrfachnennungen möglich). 89 % der Pflegekräfte fühlten sich gut auf die Nutzung vorbereitet.

Vorbehalte gegen die Nutzung der MDA

Die Pflegekräfte, die noch keinen MDA nutzten und diesen auch ablehnten, wurden weiter nach ihren Vorbehalten und Bedenken befragt. Bei ihnen spielte insbesondere das Thema Arbeitszufriedenheit eine Rolle. 10 der 12 Befragten erwarteten, weniger zufrieden mit ihrer Arbeit zu sein, wenn sie MDA nutzen müssten. Zudem bestand die Sorge, dass die MDA-Nutzung zu mehr Arbeit (10 Nennungen) und einer aufwändigeren Pflegedokumentation (9 Nennungen) führen würde.

Zwar hatten diese Pflegekräfte keine Sorgen, nicht mit dem MDA zurechtzukommen, aber es bestanden Befürchtungen, dass das Gerät die Pflege der Patienten und Patientinnen stören könnte (8 von 12 Nennungen), der Arbeitgeber die Pflegekräfte mit dem Gerät kontrollieren möchte (7 von 12 Nennungen) und dass sich durch das Gerät die Zusammenarbeit mit den Kollegen und Kolleginnen sowie der Pflegezentrale verschlechtern würde (jeweils 8 von 12 Nennungen).

Die Führungskräfte, die keine MDA nutzten und diese auch ablehnten, äußerten dafür zum Teil andere Gründe als die Pflegekräfte. Sie zeigten sich insgesamt weniger optimistisch, dass die Pflegekräfte gut mit den Geräten zurechtkommen würden (nur 3 der 8 Befragten). Bei der Hälfte der Befragten wurde erwartet, dass durch das Gerät mehr Arbeit entstehen und auch die Pflegedokumentation erschwert/aufwändiger werden würde (jeweils 4 von 8 Befragten). 3 von 8 befragten Führungskräften befürchteten, mit ihrer Arbeit weniger zufrieden zu sein, wenn sie die MDA nutzen würden. 5 von 8 Befragten gingen zudem davon aus, dass sich die Investition in die Geräte betriebswirtschaftlich nicht auszahlen würde. Hinsichtlich der Zusammenarbeit mit den Pflegekräften und der Pflegezentrale befürchteten nur 3 von 8 befragten Führungskräften eine Verschlechterung.

Positive Erwartungen

Weitergehend befragt wurden auch die Pflegekräfte, die noch keine MDA nutzten, eine Nutzung jedoch befürworteten. Hier hatten alle befragten Pflegekräfte die Erwartung, gut mit den Geräten zurechtzukommen. Bei jeweils 10 von 12 Nennungen erhofften sich die befragten Pflegekräfte eine Verbesserung der Kommunikation mit den anderen Pflegekräften und der Pflegezentrale sowie eine einfachere und schnellere Bearbeitung der Pflegdokumentation. Bei 8 von 12 Nennungen gaben die Pflegekräfte an, zu erwarten, durch das Gerät weniger Arbeit zu haben und mit ihrer Arbeit zufriedener zu sein. Auch bestanden geringe Sorgen vor Kontrolle durch den Arbeitgeber. 8 von 12 hatten nicht oder eher nicht die Erwartung, dass ihr Arbeitgeber sie mit dem Gerät kontrollieren wird. Auch eine Störung der Arbeit mit den Patienten und Patientinnen wurde lediglich von 1 von 12 Befragten erwartet.

Führungskräfte, die einer Einführung der MDA positiv gegenüberstanden, hatten ähnlich positive Erwartungen und Hoffnungen. Im Unterschied zu den Skeptikern (s.o.) gingen die Optimisten überwiegend (7 von 10 Befragten) (zumindest eher) davon aus, dass die Pflegekräfte keine Schwierigkeiten haben würden, mit den Geräten zurechtzukommen.

Weitere Hoffnungen und Erwartungen waren, dass die Geräte die Pflege der Patienten und Patientinnen nicht stören und die Leistungsabrechnung erleichtert würde (9 von 10 Befragten). Erwartet wurden eine Verbesserung der Kommunikation mit den Pflegekräften und der Pflegezentrale (7 bzw. 8 von 10 Nennungen) sowie dass sich eine Investition auch betriebswirtschaftlich auszahlen wird (7 von 10 Nennungen). Eher verhalten fand sich Zustimmung

hinsichtlich mehr Arbeitszufriedenheit (5 von 10 Nennungen) und der Erleichterung bzw. schnelleren Abwicklung der Pflegedokumentation (5 bzw. 6 von 10 Nennungen). Immerhin 6 von 10 befragten Führungskräften erhofften sich insgesamt, dass die Geräte dazu führen werden, dass sie insgesamt weniger Arbeit haben werden.

Praxiserfahrungen der Pflegekräfte mit den MDA

Neben den Hoffnungen/Erwartungen bzw. Vorbehalten und Bedenken von Pflege- und Führungskräften, die noch keine MDA nutzten, wurden auch die Pflege- und Führungskräfte nach ihren Praxiserfahrungen befragt, die bereits MDA nutzten.

Die befragten Pflegekräfte standen der Einführung zuvor überwiegend positiv gegenüber. 20 von 27 erwarteten, mit den Geräten gut zurechtzukommen. Diese Einschätzung bestätigte sich dann auch im Praxiseinsatz, wo 26 von 27 Pflegekräften angaben, mit dem Gerät gut zurechtzukommen. 10 von 27 waren besorgt, dass die Geräte die Pflege der Patienten und Patientinnen stören könnte. Bestätigt hat sich diese Sorge jedoch nur bei 4 der 27 befragten Pflegekräfte. Auch die Angst vor Kontrolle durch den Arbeitgeber spielte eine wichtige Rolle bei 14 von 27 befragten Pflegekräften. Diese bestätigte sich in der anschließenden MDA-Praxis dann auch bei immerhin 8 von 27 Pflegekräften.

Hinsichtlich Verbesserungen in der Zusammenarbeit mit den Kollegen und Kolleginnen bzw. der Pflegezentrale lässt sich festhalten, dass die Erwartungen etwas geringer ausfielen (17 bzw. 19 von 27 Nennungen) als der praktische Einsatz der Geräte die wahrgenommene Zusammenarbeit mit Kollegen und Kolleginnen und mit der Pflegezentrale später dann tatsächlich verbessert hat (19 bzw. 21 von 27 Nennungen).

Der Wunsch oder die Hoffnung, dass die Pflegedokumentation einfacher bzw. schneller zu bearbeiten sein würde, hegten 15 bzw. 16 von 27 befragten Pflegekräften. In der Realität haben jedoch nur 6 bzw. 8 von 27 Pflegekräften eine einfachere bzw. schnellere Bearbeitung beobachtet.

16 von 27 befragten Pflegekräften gaben an, die Hoffnung zu haben, durch das Gerät weniger Arbeit zu haben. Diese Hoffnung erfüllte sich jedoch nur bei 13 der 27 befragten Pflegekräfte. Etwas positiver sind die Ergebnisse bei der Hoffnung auf mehr Arbeitszufriedenheit. 15 von 27 Befragten nannten diese Hoffnung und bei 16 von 27 Befragten hat sich diese Hoffnung auch erfüllt.

Positiv zu werten ist auch, dass 22 von 27 befragten Pflegekräften angaben, einen festen Ansprechpartner bzw. eine feste Ansprechpartnerin für Fragen zum Gerät zu haben.

Praxiserfahrungen der Führungskräfte mit den MDA

Neben der Sicht der Pflegekräfte interessierten uns im Rahmen der Studie auch die praktischen Erfahrungen der Führungskräfte mit den MDA. 8 von 12 befragten Führungskräften gaben an, dass das Gerät ihnen einen besseren Überblick über die Arbeit verschafft, sie ihre Arbeit schneller erledigen können und durch das Gerät die Kommunikation mit den Pflegekräften verbessert wurde. 9 von 12 empfanden die Tourenplanung mit dem Gerät als einfacher und 11 von 12 fühlten sich bei der Leistungsabrechnung entlastet. 9 von 12 Befragte gaben an, mit dem Gerät ihre Arbeit effektiver erledigen zu können. Insgesamt wurde ein überaus positives Resümee gezogen: nur eine befragte Führungskraft sah insgesamt keinen Gewinn für ihre Arbeit aufgrund des MDA-Einsatzes.

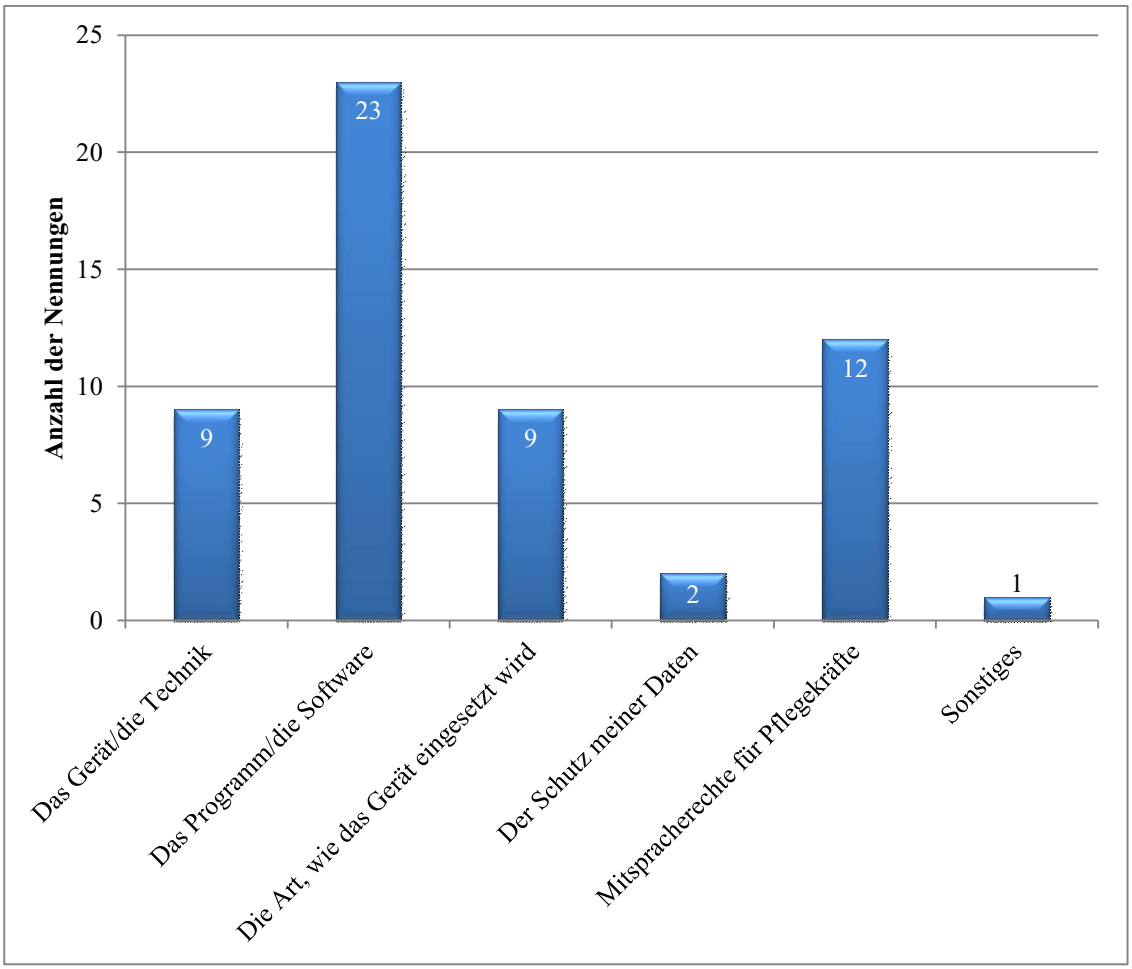
Neben dem Einfluss auf die eigene Arbeit wurden die Führungskräfte auch danach gefragt, welchen Einfluss die MDA aus ihrer Sicht auf die Arbeit der Pflegekräfte nehmen. 10 von 12 befragten Führungskräften gaben an, dass die Pflegekräfte gut mit den Geräten zurechtkommen. Ähnlich wie die Einschätzung der Pflegekräfte sahen aber auch die Führungskräfte kaum eine Entlastung der Pflegekräfte bei der Pflegedokumentation. Nur 2 von 12 Befragten beurteilten die Pflegedokumentation durch die Einführung des Geräts als schneller, nur 4 von 12 sahen eine Erleichterung bei der Erstellung der Pflegedokumentation. Das lässt sich wohl darauf zurückführen, dass die Pflegedokumentation bislang nur von wenigen Pflegediensten tatsächlich bereits mobil bearbeitet wird. Nur wenige Softwareanbieter halten diese Möglichkeit bislang vor.

Insgesamt bestätigten aber auch die Führungskräfte eine Verbesserung der Kommunikation zwischen Pflegekräften und Pflegezentrale (10 von 12 Nennungen) und der Pflegekräfte untereinander (10 von 12 Nennungen). Und auch übergreifend zogen die Führungskräfte ein positives Resümee hinsichtlich der MDA: 11 von 12 beurteilten die Nutzung der Geräte als einen Gewinn für die Pflegekräfte.

Verbesserungswünsche der Pflege- und Führungskräfte

Über das tendenziell positive Resümee der befragten Pflege- und Führungskräfte hinaus gab es aber auch Verbesserungswünsche:

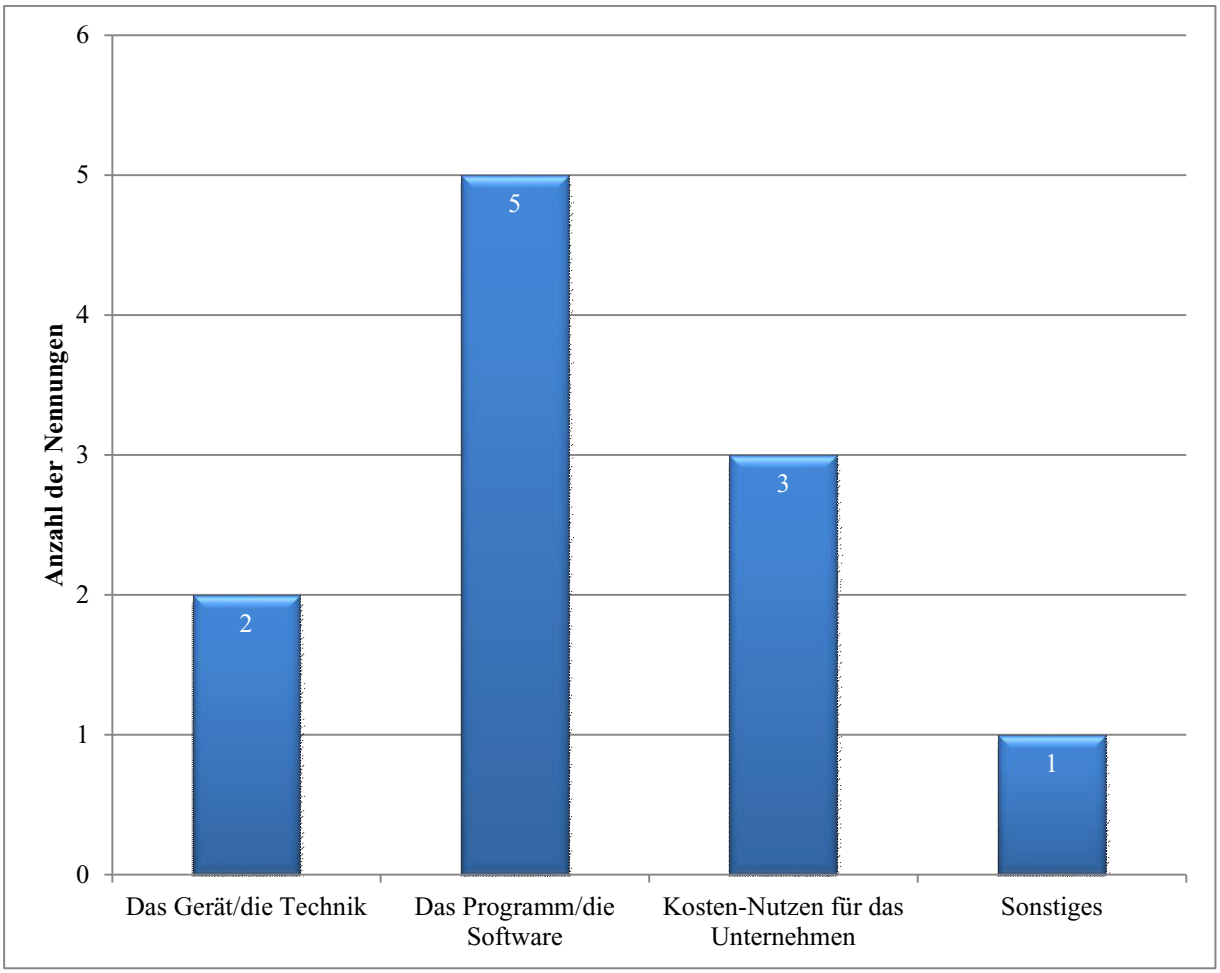
Abbildung 5: Verbesserungswünsche Pflegekräfte



Hier wurde insbesondere deutlich, dass sich die Pflegekräfte Verbesserungen des Programms/der Software (23 von 27 Nennungen) und ein stärkeres Mitspracherecht bei der Einführung/Nutzung der Geräte (12 von 27 Nennungen) wünschten. Aber auch bei den Geräten selbst (9 von 27 Nennungen) und der Art, wie das Gerät eingesetzt wird (9 von 27 Nennungen), gab es Verbesserungswünsche der Pflegekräfte. Die Forderung nach dem Schutz der eigenen Daten spielte insgesamt nur eine eher untergeordnete Rolle bei den Verbesserungswünschen (2 von 27 Nennungen) (vgl. Abb. 5).

Hier bleibt offen, ob die nur geringe Skepsis gegenüber dem Thema Datensicherheit aufgrund eines niedrigen Problembewusstseins der Nutzer vorliegt oder ob die Datensicherheit tatsächlich bereits sehr hoch ist.

Abbildung 6: Verbesserungswünsche Führungskräfte



Die Führungskräfte waren überwiegend zufrieden mit dem Gerät. Nur 2 von 12 wünschten sich Verbesserungen der Technik und 5 von 12 Verbesserungen der Software. Auch beim Thema Kosten-Nutzen für das Unternehmen sahen nur 3 von 12 Verbesserungs- bzw. Optimierungsbedarf (vgl. Abb. 6).

2.1.3 Fazit zur quantitativen Analyse

Insgesamt wurde deutlich:

Die befragten Personen hatten alle eine gewisse Technikaffinität unabhängig von den MDA. Auch in der Freizeit wurden von den meisten Befragten Smartphones, Laptops und PC genutzt. Es ist also anzunehmen, dass auch die Nutzung von MDA nach entsprechender Schulung kein völliges Neuland für die meisten Pflege- und Führungskräfte darstellen dürfte.

Die Befragten, die noch keine MDA nutzten, standen einer Einführung digitaler Technik in der Pflege etwa hälftig offen und hälftig kritisch gegenüber.

Insgesamt konnte eine sehr hohe Zustimmung der Pflegekräfte dahingehend vorgefunden werden, dass sie durch ihre Betriebe gut auf die Einführung vorbereitet wurden. Vor der Einführung bestanden größere Bedenken als nach der Einführung. Die Vorbehalte und Bedenken von sowohl Pflege- als auch Führungskräften haben sich entsprechend nur teilweise erfüllt.

Insgesamt zeigten sich die Pflegekräfte deutlich zuversichtlicher hinsichtlich ihrer Fähigkeiten, das Gerät zu nutzen, als die Führungskräfte. Auf Seiten der Führungskräfte fand sich ein eher geringes Zutrauen in die Fähigkeiten der Pflegekräfte. In der Praxis bestätigt werden konnte dieses Misstrauen kaum. Die Führungskräfte in den Unternehmen, die bereits MDA nutzten, konnten berichten, dass die Pflegekräfte auch überwiegend gut mit den Geräten zurechtkamen.

Führungskräfte, die eine Einführung von MDA ablehnten, gingen in der überwiegenden Zahl der Fälle davon aus, dass die Pflegekräfte nicht mit den Geräten zurechtkommen würden.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass sich die Bedenken der Pflegekräfte vor der Einführung nur teilweise bestätigt haben: Insgesamt hatten mehr Pflegekräfte Bedenken oder Vorbehalte, dass zum Beispiel der Arbeitgeber sie mit dem MDA kontrollieren möchte oder dass der MDA die Pflege der Patienten und Patientinnen stören könnte, als dies dann tatsächlich so erlebt wurde. Gleichwohl ist kritisch zu sehen, dass sich immer noch 8 von 27 befragten Pflegekräften von ihrem Arbeitgeber kontrolliert fühlten.

Auch der Wunsch der Pflegekräfte nach Ressourcenoptimierung, zum Beispiel bei der Bearbeitung der Pflegedokumentation, hat sich nur teilweise erfüllt. Insgesamt dominiert bei der Befragung der Pflegekräfte zwar eine positive Bewertung der MDA, jedoch eher auf administrativer Ebene und weniger auf Ebene der Ressourcenoptimierung.

Im Vergleich dazu wurde bei den Führungskräften eine deutliche Ressourcenoptimierung erkennbar.

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die MDA deutlich positive Auswirkungen auf die Arbeit von Pflege- und Führungskräften haben. Die Geräte werden weit überwiegend als Gewinn für die Arbeit der Pflege- und Führungskräfte beurteilt. Auch wenn die Vorteile für die Führungs-/Verwaltungskräfte zu überwiegen scheinen, verbessert die Einführung der MDA die Informationslage der Pflegekräfte auf den Touren. Der weit überwiegende Teil der befragten Pflegekräfte möchte nicht zurück zur „Tour auf Papier“ und hat weitere Ideen/Wünsche, den Digitalisierungsgrad zu erhöhen.

2.2 Qualitative Analyse

Im Anschluss an die Online-Erhebung erfolgte die Planung und Durchführung der qualitativen Analyse, die auf vier überbetrieblichen Experten- und Expertinnengesprächen sowie sieben Gesprächen mit betrieblichen Experten und Expertinnen basiert.

2.2.1 Methodenbeschreibung

Für die qualitative Analyse wurden zum einen vier überbetriebliche Experten- und Expertinnengespräche geführt, in denen Chancen und Handlungsbedarfe der Digitalisierung der Arbeit in der ambulanten Pflege aus unterschiedlichen Fachperspektiven ergründet wurden. Zum anderen erfolgte eine betriebliche Analyse bei sieben ausgesuchten Pflegediensten, die bereits Erfahrungen mit MDA gesammelt hatten. Bei allen Pflegediensten konnte mit Führungskräften gesprochen werden, bei dreien dieser Pflegedienste war zudem ein Gespräch mit Pflegekräften möglich.

Für die halbstandardisierten Experten- und Expertinnengespräche (vgl. Scheele & Groeben 1988; Meuser & Nagel 2002) wurden verschiedene Interviewleitfäden entwickelt, deren Inhalte sich deduktiv aufgrund theoretischer Vorannahmen und induktiv aufgrund gewonnener Erkenntnisse aus der Online-Befragung ergaben. Im Anschluss an die Gespräche wurden diese möglichst realitätsnah und wertungsfrei protokolliert/paraphrasiert sowie inhaltsanalytisch ausgewertet. Hierfür wurden die Inhalte der Gespräche nach zentralen Themen überprüft, die dann wiederum intensiver ausgewertet wurden.

Rahmenbedingungen

Die Gespräche mit den außerbetrieblichen Experten und Expertinnen fanden statt in der Zeit vom 21.04.2017 bis zum 25.09.2017, die Gespräche mit den betrieblichen Experten und Expertinnen vom 07.08.2017 bis zum 09.10.2017. Bei den Gesprächen waren 1-2 Interviewer bzw. Interviewerinnen anwesend. Mit Ausnahme eines Gesprächs wurden alle Gespräche digital aufgezeichnet. Ein Gesprächspartner/eine Gesprächspartnerin lehnte eine digitale Aufzeichnung ab. Die Gespräche wurden überwiegend handschriftlich mitprotokolliert.

Leider war der Zugang zu den Unternehmen nicht immer wie erhofft möglich. Der überwiegende Teil der Gesprächspartner und Gesprächspartnerinnen war direkt und kurzfristig für ein Gespräch verfügbar, bei einigen war ein nicht unerheblicher Aufwand zur Terminfindung nötig. Gespräche mit weiteren Pflegekräften konnten nur in Einzelfällen realisiert werden. Der Zugang zu den Unternehmen konnte über Empfehlungen bzw. Kontaktaufnahme von Mitgliedern des Projektbeirats oder durch eigene Akquise realisiert werden.

Ein Gespräch fand in den Räumlichkeiten der Universität Bremen, Institut Arbeit und Wirtschaft statt, alle übrigen Gespräche in den Räumlichkeiten der befragten Experten und Expertinnen.

2.2.2 Ergebnisse

Über die Befragten – wer wurde befragt?

Bei den außerbetrieblichen Experten und Expertinnen handelte es sich um zwei Beschäftigte bremischer Behörden sowie zwei Ausbildungs- und Branchenexperten/-expertinnen (drei weibliche Expertinnen, ein männlicher Experte).

Die betrieblichen Expertinnen und Experten stammten aus sechs Bremer Pflegediensten und einem Bremerhavener Pflegedienst. Von diesen Pflegediensten waren drei aus dem Bereich der Wohlfahrtspflege und vier waren private Pflegedienste.

Insgesamt wurden zehn Gespräche mit insgesamt 16 Experten und Expertinnen aus Pflegebetrieben geführt:

- Acht Führungskräfte (drei weibliche, fünf männliche Führungskräfte)
  - vier aus privaten Pflegebetrieben
  - vier aus Pflegebetrieben der Wohlfahrtspflege
- Acht Pflegekräfte (alle weiblich)
  - drei aus privaten Pflegebetrieben
  - fünf aus Pflegebetrieben der Wohlfahrtspflege

Die Pflegedienste sollten sich möglichst in ihrer Größe unterscheiden (groß/mittel/klein) und ungefähr gleichverteilt private und frei-gemeinnützige Pflegedienste der Wohlfahrtsverbände sein. Dadurch sollte sichergestellt werden, dass die strukturellen Bedingungen und Bedarfe der verschiedenen Dienste in der ambulanten Pflege möglichst gut erfasst werden. Tatsächlich konnte dieses Ziel auch umgesetzt werden. In den vier privaten Pflegebetrieben waren 21, 33, 75 und 180 Personen beschäftigt, in den drei Pflegebetrieben der Wohlfahrtspflege 20, 50 und 120.

2.2.3 Kernergebnisse der Interviews mit den außerbetrieblichen Experten und Expertinnen

Schnittstellen-Vernetzung

Ein wichtiges Thema in der Befragung der außerbetrieblichen Experten und Expertinnen war die Verknüpfung des *Übergangsmanagements im Krankenhaus mit den dann die Versorgung übernehmenden ambulanten Pflegediensten*. Wenn Patienten und Patientinnen aus dem Krankenhaus entlassen werden, erhalten die Pflegedienste zumeist sehr kurzfristig Informationen zum geplanten Einsatz. Zudem sind die Informationen oftmals auch noch unvollständig. Das erzeugt bei den Pflegediensten und vor allem bei den Pflegekräften oft große Unsicherheiten, weil die ambulante Erstversorgung dann ohne oder mit unzureichenden Informationen über die Patienten und Patientinnen stattfinden muss. Eine digitale Unterstützung dieses Prozesses zwischen Sozialdienst des Krankenhauses hin zur ambulanten Pflege wird als Chance gewertet, die richtigen und wichtigen Informationen schnell und ohne Informationsverluste zu übermitteln, um so eine bedarfsgerechte Pflege ab Entlassung aus dem Krankenhaus sicherzustellen.

Neben dem Übergangsmanagement wurde in den Gesprächen auch das *Schnittstellenmanagemen*t zwischen Pflegediensten und zum Beispiel Apotheken, Krankenkassen, MDK, Arztpraxen etc. als eine zentrale Chance durch den digitalisierten Datenverkehr in der ambulanten Pflege genannt. Dadurch könnte eine deutliche Vereinfachung im Verordnungsmanagement, bei der Rezepteinreichung, in der Abrechnung etc. erreicht werden. Allerdings sehen die befragten Experten und Expertinnen derzeit noch nahezu unüberwindbare Hürden der Vernetzung zwischen verschiedenen Akteuren, Organisationen und Institutionen. Das liegt zum einen an den fehlenden digitalen Schnittstellen zwischen unterschiedlichsten Programmen verschiedener Bereiche. Es fehlen Akteure, die auf eine einheitliche Schnittstellendefinition dringen könnten. Zudem arbeiten insbesondere Arztpraxen und Apotheken – teils auch aus Gründen des Datenschutzes – noch immer mit Fax und lehnen andere Formen der digitalen Kommunikation ab. Einheitliche, verbindliche und sichere Kommunikationswege mit den Pflegediensten werden als eine Zukunftsaufgabe in der Digitalisierung gesehen. Generell kommt dem Thema Datenschutz bei der Schnittstellen-Vernetzung eine große Bedeutung zu und es stellt gleichzeitig eine Umsetzungshürde dar. Es fehlen verbindliche Standards, die den Datenverkehr regeln – und damit auch die Rechtssicherheit.

Als Chancen der Digitalisierung werden aber auf jeden Fall die *Verbesserung der Kommunikation und Informationsübermittlung zwischen den internen Schnittstellen im Pflegebetrieb selbst* eingeschätzt, also zwischen den einzelnen Pflegekräften sowie zwischen den Pflegekräften auf den Touren und der Pflegezentrale. Diese wirkt sich nach Einschätzung der Experten und Expertinnen nicht nur positiv auf die Effizienz der Arbeitsorganisation aus, sondern ist auch ein gutes Mittel, die auf ihren Touren alleinverantwortlich handelnden Pflegekräfte zu unterstützen.

Arbeitsrechtliche Fragen

Thematisiert wurde neben dem Datenschutz der Patienten und Patientinnen auch der Schutz der Daten der Pflegekräfte als Beschäftigte. MDA bieten Möglichkeiten der Kommunikation untereinander, die möglicherweise auch vom Arbeitgeber eingesehen werden kann. Hier bedarf es auch einer Sensibilisierung der Pflegekräfte, vorsichtig mit den eigenen Daten umzugehen.

Auch *arbeitszeitrechtliche* Fragestellungen wurden im Rahmen der außerbetrieblichen Experten-/Expertinnengespräche thematisiert. Die Geräte können genutzt werden, um die Arbeitszeiten der Beschäftigten zu erfassen und die Einhaltung von Ruhezeiten zu kontrollieren. Die Mitnahme und private Nutzung der Geräte kann aber dazu

führen, dass die Pflegekräfte außerhalb ihrer regulären Arbeitszeit auf die Informationen aus den Geräten zugreifen. So können beispielsweise bereits am Vorabend Informationen zum Einsatz am Folgetag abgerufen werden. Für die Beschäftigten ist das sicherlich eine positive Möglichkeit, sich mental auf die Arbeit vorzubereiten, weil sie dadurch die Ungewissheit darüber, was am kommenden Tag auf sie zukommt, verringern können. Eine Klärung, wie mit der dafür aufgewandten Arbeitszeit umgegangen werden sollte, fehlt jedoch weitgehend und wird – bestenfalls – in den Pflegebetrieben getroffen, sofern hierfür überhaupt Problembewusstsein existiert.

Ausbildung

Ein Schwerpunkt bei der Befragung der außerbetrieblichen Experten und Expertinnen war das Thema Ausbildung. Hier wurde von den Befragten durchgängig betont, dass eine Kompetenzentwicklung der Pflegekräfte hinsichtlich Digitalisierung in die Ausbildung integriert werden sollte. Bislang werden in den Altenpflegeschulen vorrangig PC-Grundkenntnisse vermittelt. Hinzu kommt die Vermittlung von Technikkompetenzen, Lerntechniken und Informationen zum Datenschutz. Für diese Lernbereiche sind in den Altenpflegeschulen laut „Rahmenlehrplan für die Altenpflegeausbildung“ (2017) allerdings insgesamt nur 40 Stunden vorgesehen.

MDA selbst sind bislang noch gar kein Ausbildungsthema. Deren Integration als Ausbildungsinhalt wird von einer befragten Person aber auch als schwer umsetzbar bewertet, da eine Vielzahl unterschiedlicher Branchensoftware existiert. Hier wird erst in näherer Zukunft erwartet, dass sich Standards herausbilden, sodass eine Aufnahme der MDA in den Lehrplan erst dann als sinnvoll angesehen wird. Eine andere befragte Person sieht insgesamt noch keinen Bedarf, die MDA in die Ausbildung aufzunehmen, da sie noch nicht flächendeckend genutzt würden. Erst dann sei eine Reaktion seitens der Altenpflegeschule und gegebenenfalls eine Anpassung des Lehrplans notwendig. Ein anderer Experte/eine andere Expertin war diesbezüglich dezidiert anderer Meinung und sah dringenden Handlungsbedarf, das Thema ‚Digitalisierung’ in die Altenpflegeausbildung zu integrieren. Die Handhabung der MDA selbst wären dabei nicht der Schwerpunkt, sondern der Umgang mit der Digitalisierung in verschiedener Hinsicht (Kommunikation, Datenschutz, Kompetenzerwerb, neue Lernchancen usw.).

Insgesamt werden die Auszubildenden von den befragten Experten und Expertinnen als eher technikaffin bewertet. Dies wird insbesondere wieder im Kontrast zur eher weniger technikaffinen Einstellung älterer Pflegekräfte gesehen. Eine befragte Person nennt dafür aber die eher unkritische Herangehensweise der jüngeren Pflegekräfte an das Thema Datenschutz als einen Nachteil der jüngeren Pflegekräfte. Diesbezüglich seien die älteren Pflegekräften sehr viel sensibler.

2.2.4 Ergebnisse der Befragung betrieblicher Experten und Expertinnen

(1) MDA-Nutzung

Die befragten betrieblichen Experten und Expertinnen nutzen die Möglichkeiten der Geräte/der Software auf unterschiedliche Art und Weise.

Software

Die befragten Pflegedienste nutzen unterschiedliche Software. Die am häufigsten genannte Software war CuraSoft. Zwei der befragten Pflegedienste nutzen diese Software aktiv (ein Pflegedienst der Wohlfahrtspflege und ein privater Pflegedienst), ein privater Pflegedienst plante die Einführung der Software und ein weiterer privater Pflegedienst hatte die Nutzung nach einer Testphase wieder abgebrochen. Zwei der befragten Pflegedienste aus der Wohlfahrtspflege nutzten VIVENDI und ein privater Pflegedienst MediFox.

Tourenplanung und Arbeitszeiterfassung

Die befragten Pflegedienste nutzten unterschiedliche Funktionalitäten. Alle Pflegedienste nutzen sie zur Tourenplanung. Auf den Geräten sind die Daten und Pflegeleistungen der Patienten und Patientinnen sowie weitere Informationen, zum Beispiel zu weiteren Ansprechpersonen oder Besonderheiten beim Kunden/bei der Kundin hinterlegt. Teilweise wird das Gerät auch zur Navigation genutzt.

Einige Betriebe nutzen das Gerät zur Zeiterfassung. Es wird hierbei in der Regel der Arbeitsbeginn erfasst und zwischen Büro-/Organisations-, Anfahrts- und Pflegezeit differenziert.

Andere Pflegedienste geben lediglich die zu erbringenden Leistungen vor. Hier kann die Leistung weitgehend flexibel im vorgegebenen Zeitrahmen der Schicht durchgeführt werden.

In einem befragten Betrieb wurden die vorhandenen Möglichkeiten der Zeiterfassung (Dauer der Pflegeeinsätze, Wegezeiten, Arbeitszeiten der Pflegekräfte) durch den MDA nicht genutzt, eine Einführung war jedoch bereits in Planung.

Leistungsdokumentation

Die Dokumentation der Leistungen fand bei allen befragten Unternehmen zumindest zusätzlich auch weiterhin auf dem Papier statt. Das ist insbesondere deshalb nötig, weil im Land Bremen die Patienten und Patientinnen die dokumentierten Leistungen auf dem Papier mit ihrer Unterschrift bestätigen müssen. Durchgeführte Leistungen konnten aber in der Mehrzahl der befragten Betriebe bereits nach Abschluss des Kundenbesuchs im Gerät abgehakt werden. Die digitale Übermittlung der erbrachten Leistungen erleichterte den Pflegezentralen die Abrechnung deutlich, sie konnten die Daten direkt übernehmen, ohne sie erneut eintippen zu müssen. Eine Führungskraft rechnete vor, für 120 Patienten und Patientinnen etwa 4 Stunden für die Abrechnung zu benötigen. Früher habe er für die gleiche Arbeit 20 bis 25 Stunden gebraucht.

Kommunikation

In der überwiegenden Zahl der Betriebe wurden die MDA zur Kommunikation des Dienstplanes bzw. zur Kommunikationen von Dienstplanänderungen genutzt. Hier konnten sich die Pflegekräfte – sofern die Geräte nicht im Betrieb verblieben – auch außerhalb ihrer Dienstzeiten über zukünftige Einsatzpläne und Einsatzplanänderungen informieren. Auch bestand in der Mehrzahl der befragten Pflegedienste die Möglichkeit, einzelne Kunden/Kundinnen im Tourenplan untereinander zu tauschen, wenn Pflegekräfte wegen Erkrankung ihre Tour nicht fahren konnten oder wenn besondere Vorkommnisse auf der Tour zu starken Verspätungen führten. Der Tourenplan wurde dann automatisch in der Pflegezentrale aktualisiert bzw. die Aktualisierung durch die Pflegekraft an die Pflegezentrale übersandt.

In nur einem Betrieb fand die Kommunikation über einen internen Messenger statt. Andere Betriebe hatten hierfür keine Funktionalität vorgesehen und die Pflegekräfte nutzten das Telefon. Andere Pflegedienste kommunizierten über WhatsApp(-Gruppen) miteinander. Das ließ allerdings sofort Fragen des Datenschutzes aufkommen.

Lediglich ein Betrieb hatte bzw. nutzte die Möglichkeit, Notizen und Sprachmemos zu erstellen, die dann automatisch in Text umgewandelt wurden.

Nur ein Betrieb nutzte ein digitales Übergabebuch, das aber auch nicht in jeder Branchensoftware enthalten ist.

Teilweise blieben die Geräte nach Dienstende im Betrieb, aber überwiegend stellte der Betrieb die Geräte auch zur privaten Nutzung zur Verfügung. Auch ohne private Nutzbarkeit wurden die Geräte meist mit nach Hause genommen.

(2) Nutzungswünsche: Was soll mit den MDA (nicht) gemacht werden?

Fast alle befragten Personen hatten weitere Ideen für die Nutzung der MDA.

Leistungs- und Pflegedokumentation

In der überwiegenden Zahl der Fälle war die Dokumentation der Leistungen über das Gerät gewünscht. Hinsichtlich der Pflegedokumentation konnte jedoch eine eher skeptische Resonanz festgestellt werden. Es wurde die Sorge genannt, dass eine Digitalisierung in diesem Bereich die Pflegekräfte vom Pflegeprozess bzw. von der Patientin/dem Patienten entfremden könne. Beispielsweise könnten vorgegebene Textblöcke den Einzelfall des/der jeweiligen Patient/-in nicht hinreichend abbilden.

Einzelne befragte Führungskräfte äußerten den Wunsch nach der Erfassung von Vitalwerten der Patienten und Patientinnen, zum Beispiel Blutdruck, Blutzucker etc. für eine Verlaufsbestimmung, die auch für andere nachvollziehbar ist. Auch vorstellbar wäre die Hinterlegung von Parametern, die bei Abweichungen Alarm auslösen.

Ausbildung und Lernen

Die Nutzung der MDA in/während der Ausbildung wurde durchgängig von den befragten Pflegekräften gewünscht. In den meisten Pflegebetrieben nutzen Auszubildende die MDA ab dem Moment, ab dem sie alleine Touren fahren dürfen. Eine Nutzung bereits vorher wird aber gewünscht, zum Beispiel bei der Begleitung einer anderen Pflegekraft auf ihrer Tour.

Das Thema Lernen wurde von den Befragten nicht selbst vorgebracht, auf Nachfrage durch die Interviewer und Interviewerinnen aber sowohl von Pflege- als auch von Führungskräften durchgehend positiv bewertet. Von Interesse war die Nutzung der MDA zum Beispiel für Fort- und Weiterbildungen, aber auch für die Auffrischung von Wissen zum Beispiel mittels Fachvideos. Wenn Pflegekräfte eine bestimmte Pflegetätigkeit bereits seit längerer Zeit nicht mehr durchgeführt haben und deshalb unsicher sind, könnte die Bereitstellung von kurzen Lernvideos den Pflegekräften helfen, vor Ort das Wissen aufzufrischen und somit Handlungssicherheit zu schaffen.

Kommunikation

Das Übergabebuch der Pflegedienste ist datenschutzrechtlich ein umstrittenes Thema. Informationen zu Patienten und Patientinnen können von allen Pflegekräften eingesehen werden und das Übergabebuch ist evtl. nicht hinrei-

chend gegen den Einblick durch Personen geschützt, die keinen Einblick nehmen dürfen. Zudem muss die jeweilige Pflegekraft aus vielen Informationen die für sie und ihre Tour wichtigen Informationen herausfiltern. Dies würde durch ein digitales Übergabebuch erleichtert, indem nur die Informationen den Pflegekräften zur Verfügung gestellt werden, die sie und ihre Patienten/Patientinnen auch betreffen. Somit würden auch datenschutzrechtliche Schwierigkeiten umschifft. Gleichzeitig wurde in den Gesprächen aber auch die Wichtigkeit direkter Kommunikation zwischen Pflegezentrale und Pflegekraft bzw. bei den Pflegekräften untereinander betont.

Auch bei den Pflege- und Führungskräften spielte das Thema Schnittstellenmanagement (zum Beispiel zu Krankenhäusern, Ärzten oder Apotheken) eine Rolle. Oftmals ist die Kommunikation mit Ärzten und Apotheken noch umständlich und technisch wenig fortschrittlich. Einen sicheren Weg, zum Beispiel Verordnungen oder Medikamentenbestellungen über das Gerät zu regeln, wird durchgehend positiv beurteilt, scheitert jedoch – zumindest in naher Zukunft – vermutlich an der technischen Hürde und am Datenschutz.

Arbeitszeiterfassung

Die Arbeitszeiterfassung über das Gerät wird unterschiedlich bewertet, ist aber überwiegend gewünscht, um die tatsächliche Arbeitszeit zu erfassen. Es besteht jedoch auch die Sorge vor Kontrolle durch den Arbeitgeber und den Verlust von Freiheiten bei der Gestaltung der Arbeit. Die Arbeit in der ambulanten Pflege wird auch aufgrund der Freiheiten bei der Ausgestaltung der Arbeit im Vergleich zur stationären Pflege gewählt. So können Zeiten auch „geschoben“ werden, zum Beispiel kann eine Pflegekraft mal bei Bedarf fünf Minuten länger bleiben, woanders früher gehen. Die befragten Pflegekräfte äußerten hier die Sorge, dass diese Praxis bei der Zeiterfassung mit dem MDA nicht mehr möglich ist. Positiv bewertet wurde die Zeiterfassung von einer Pflegekraft, die sich wünschte, das ihre tatsächliche Arbeitszeit erfasst und entsprechend auch bezahlt wird, wobei die Nutzung der MDA hilfreich sein könnte.

(3) Einführung in den Geräteeinsatz/Beteiligung

Die Einführung der Geräte wurde zumeist ohne Einbezug von Pflegekräften auf Leitungsebene beschlossen. Hier äußerten auch einzelne Pflegekräfte den Wunsch, an der Einführung bzw. Entwicklung neuer Funktionen bereits im Vorfeld der Umsetzung beteiligt zu werden.

Die Einführung/Einarbeitung in die MDA im Betrieb erfolgte durchgehend über Herstellerschulungen für Führungskräfte. Die Pflegekräfte wurden dann zumeist durch die Pflegedienstleitung (PDL) in die Geräte eingeführt. Die PDL blieb dann auch weiter Ansprechpartner oder Ansprechpartnerin für die Pflegekräfte. Insgesamt wurde die Einführung als relativ hoher Aufwand empfunden (finanziell und personell), dessen Nutzen (Effizienzgewinne) erst in längerfristiger Perspektive realisiert werden kann.

Insgesamt konnten bei Pflegekräften größere Vorbehalte vor der MDA-Einführung als bei den Führungskräften festgestellt werden. Dies mag sicher auch auf die im Vorfeld deutlich geringeren Informationen zu den Geräten und ihren konkreten Einsatz im Betrieb zurückzuführen sein.

Insgesamt gab es größere Berührungsängste, eine geringere Akzeptanz und eine geringere Technikaffinität bei den älteren als bei den jüngeren Beschäftigten im Vorfeld der Einführung. Nach der Einarbeitung konnte aber eine ebenfalls hohe Akzeptanz bei Älteren festgestellt werden. Einzelne ältere Beschäftigte zeigten jedoch weiterhin eine verweigernde Haltung, wünschten sich das Fahren mit Papier zurück oder boykottierten sogar die Nutzung der Geräte. Für diese Beschäftigtengruppe wurde in einem Betrieb sogar eine Sonderregelung getroffen, dass die Touren weiterhin nur auf Papier mitgenommen werden durften, obwohl dies einen erhöhten Verwaltungsaufwand zur Folge hatte.

Die Einschätzung der befragten außerbetrieblichen Experten und Expertinnen, dass Ältere einen eher kritischeren Umgang mit Daten pflegen als Jüngere, konnte auch in der kleinen Stichprobe der befragten Pflegekräfte beobachtet werden.

(4) Bewertung der MDA im Praxiseinsatz

In allen befragten Betrieben wurde eine ausschließlich problemorientierte Technikhilfe für die Pflegekräfte angeboten: Wenn Schwierigkeiten im Umgang auftauchten, wurde nachgeschult bzw. Hilfe gesucht. Ein entwicklungsorientierter Austausch über akute Probleme hinaus, zum Beispiel zu möglichen weiteren Funktionen, um die Geräte optimal zu nutzen, fand nicht statt.

Bei Änderungswünschen konnten die Pflegekräfte sich an ihre Vorgesetzten/die PDL wenden. Die Pflegekräfte berichteten zum Beispiel von dem Wunsch nach Aufnahme neuer Tätigkeiten in die Tourenplanung bzw. –dokumentation (Autowäsche, Tanken, Apotheke etc.), um ihre Arbeitszeiten sinnvoll und nachvollziehbar im Gerät hinterlegen zu können. Die befragten Führungskräfte zeigten sich auch offen für Änderungswünsche der Pflegekräfte. Diese Wünsche wurden dann besprochen und an die Softwareunternehmen zur Bearbeitung weitergeleitet.

Das Thema Ressourcenoptimierung/Effizienz ist insbesondere für die befragten Führungskräfte ein wichtiger Vorteil durch die Geräte. MDA bieten insbesondere Führungskräften erhöhte Transparenz über die durchgeführten Leistungen und die dafür benötigte Zeit. Durchgehend positiv wurde sowohl von Pflege- als auch Führungskräften beurteilt, dass viele Daten an einem Ort und von jedem abrufbar sind (weniger „Zettelwirtschaft").

Neben der Abrechnung (siehe oben) wurde durchgängig auch die Tourenplanung als leichter durchführbar und übersichtlicher gestaltbar bewertet. Anders als zuvor werden die Pflegekräfte (überwiegend) frühzeitig über Veränderungen im Tourenplan informiert. Die Führungskräfte mussten weniger Telefonate führen, um Änderungen zu kommunizieren.

Problematisch in der Umsetzung bleibt die Dokumentation, die bei den Kunden und Kundinnen verpflichtend vorgehalten werden muss. Eine Digitalisierung der Dokumentation führt zu Doppeldokumentation bzw. wurde als fehleranfällig beschrieben, weil sowohl in der Software als auch handschriftlich die gleichen Unterlagen vorliegen müssen, es jedoch oftmals zu Übertragungsfehlern komme, die im Nachhinein von den Verwaltungskräften korrigiert werden müssten. Hierfür ist dann auch wieder eine Kommunikation mit den Pflegekräften erforderlich, welche Leistungen erbracht wurden und welche nicht. Beschrieben wird hier von den Führungskräften, dass die Gründlichkeit der Pflegekräfte über die Fehleranfälligkeit der Dokumentation entscheidet.

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die befragten Pflegekräfte die MDA nach der Einarbeitung fast durchgängig positiv bewerteten. Hier gab es nur wenige Ausnahmen mit strikter Ablehnung („Wann werden die wieder abgeschafft?"). Die MDA werden sowohl von den Pflege- als auch den Führungskräften als Arbeitserleichterung empfunden. Die Pflegekräfte schätzen hier insbesondere die Informationen zu den Patienten und Patientinnen, die Führungskräfte die Ressourcenoptimierung zum Beispiel bei der Erstellung der Abrechnung.

(5) Risiken im Umgang mit den MDA

Die Nutzung von MDA in der ambulanten Pflege bringt sowohl Chancen als auch Risiken für die beteiligten Akteure mit sich.

Risiko Haftung: Wer ist bei Verlust oder Beschädigung verantwortlich?

In den befragten Pflegebetrieben gab es bislang keine festen Regelungen, wie bei Verlust oder mit Beschädigung der MDA umgegangen wird.

Der Umgang bei Verlust oder mit Beschädigung fiel sehr unterschiedlich aus. In einem Betrieb wurden die Beschäftigten bei – aus betrieblicher Sicht – fahrlässigem Verhalten in Regress für die Beschädigungen genommen, obwohl keine Maßnahmen von Seiten des Betriebs getroffen wurden, die Geräte zum Beispiel beim Herunterfallen durch Hüllen oder Displayfolien zu schützen. Eine Pflegekraft berichtete, eine Versicherung für das Gerät abgeschlossen zu haben, um nicht persönlich haften zu müssen.

Risiko: Datensicherheit

Das Thema Datensicherheit spielte bei den befragten Pflege- und Führungskräften eine eher untergeordnete Rolle. Konkrete Regelungen zum Datenschutz über die grundsätzlichen Datenschutzerklärungen, die zumeist bei Einstellung abgegeben werden, konnten in den befragten Pflegediensten nicht vorgefunden werden. Beim Thema Datenschutz dominierte in erster Linie die Sorge um den Schutz der Patienten-/Patientinnendaten (Welche Daten der Patienten/Patientinnen gebe ich wo und an wen weiter?). In den meisten Dingen der MDA-Handhabung müssen die Pflegedienste und Pflegekräfte dem Datenschutz innerhalb der Software vertrauen. Der Schutz von Unternehmensdaten (Welche Daten des Unternehmens gebe ich weiter?) oder Pflegekräftedaten (Welche eigenen Daten gebe ich an welcher Stelle preis? Welche meiner Daten sind für meinen Arbeitgeber sichtbar?) wurde kaum thematisiert.

Risiko: Grenzüberschreitung/Erreichbarkeit

Die Pflegekräfte zeigten sich kaum kritisch hinsichtlich der dauerhaften Erreichbarkeit außerhalb der Dienstzeiten. Das Ausschalten und Einschalten der Geräte in der Freizeit wurde unterschiedlich gehandhabt. Teilweise achteten die Pflegekräfte darauf, die Geräte nach Feierabend abzuschalten, teilweise waren die Geräte auch dauerhaft im Einsatz. Alle Pflegekräfte, die die Möglichkeit dazu hatten, ihre Dienst- und Tourenpläne auch außerhalb ihrer Dienstzeiten anzufragen, griffen darauf zurück. Größtenteils wurden die Geräte dann am Abend vor Dienstbeginn genutzt, um mögliche Veränderungen des Einsatzes am Folgetag abzufragen. Die befragten Pflegekräfte sehen hierin einen Vorteil, weil die Abfrage ihnen Planungssicherheit gibt und sie so bereits im Vorfeld wissen, was sie am Folgetag auf der Arbeit erwartet. („Ich weiß aus dem Dienstplan, welche Tour ich wann fahre, aber die Realität sieht ja immer anders aus. (…) Manchmal sind da Patienten, die kenn' ich nicht, dann kann ich immer vorab gucken, in welcher Straße das ist.") Früher habe zudem die PDL anrufen müssen, wenn sich Dienstplanveränderungen ergeben hätten. Das falle damit weg. Keine befragte Pflegekraft beurteilte die Investition von Zeit zur Vorbereitung auf den Dienst am Folgetag kritisch. Auch gab es in den befragten Pflegeunternehmen keine konkreten Regelungen zum Umgang mit diesem Thema (z. B. zur Erfassung der außerhalb der eigentlichen Dienstzeiten aufgewendeten Zeiten).

Risiko: Technische Störungen

In der Befragung wurden Pflegebetriebe mit größeren und kleineren technischen Störungen vorgefunden. Technische Störungen waren dabei insbesondere Thema bei den Pflegekräften. Es gab Geräte mit Funktionsstörungen, Geräte die zu langsam arbeiteten und Probleme mit dem Empfang, insbesondere bei Touren ins Bremer Umland. Die befragten Führungskräfte waren über die Probleme informiert, zeigten sich aber unterschiedlich interessiert daran, Lösungen zur Behebung der Probleme zu finden. Eine befragte Führungskraft gab an, dass das Gerät durch die zusätzliche Nutzung als Smartphone mit weiteren Apps und einer Vielzahl von Dateien verlangsamt arbeite, während die Pflegekraft angab, keine weiteren Apps und nur wenige Dateien auf dem Gerät zu haben.

Ein Pflegedienst aus dem Randbereich der Stadt äußerte außerdem Probleme mit dem Datenempfang, der auf dem Lande oft nach wie vor schwierig sein kann. Dann würde die Vernetzung ihr Potenzial nicht entfalten können, die Pflegekräfte würden Informationen usw. unterwegs nicht oder erst zu spät erhalten. Die MDA eigneten sich daher jedenfalls bezüglich der dauerhaften Vernetzung eher für die Stadt als für das Land.

Risiko: Kontrolle/Kontrollmöglichkeiten durch den Arbeitgeber

Die MDA bieten Arbeitgebern grundsätzlich erweiterte Möglichkeiten, ihre Beschäftigten hinsichtlich Arbeitszeit, Arbeitsgeschwindigkeit und Arbeitsort zu überwachen (zum Beispiel über GPS, Zeiterfassung). Der Arbeitgeber kann zum Beispiel eine Standortermittlung durchführen sowie im Nachhinein Wege und Zeiten überprüfen. Diese neuen Möglichkeiten bedeuten sowohl mehr Transparenz für den Arbeitgeber als auch weitere Vorteile für die Beschäftigten:

So besteht beispielsweise die Möglichkeit, versteckte Leistungen über die Kontrolle der Arbeitszeiten der Pflegekräfte aufzudecken und – falls notwendig – mehr Zeit für die Pflege beim Kunden/bei der Kundin auszuhandeln. Dies hätte dann auch eine Belastungsreduktion der Pflegekraft zur Folge.

Eine befragte Führungskraft berichtet, dass eine möglichst konkrete Arbeitszeiterfassung das Hauptanliegen bei der Nutzung der Geräte sei, die Pflegekräfte Arbeitszeiten aber ohne MDA zu ihren Ungunsten dokumentiert hätten. So bietet der MDA die Chance, tatsächlich geleistete Arbeitszeit auch vergütet zu bekommen, statt Nachteile aufgrund von Zeitpauschalen hinnehmen zu müssen. Diesen Wunsch nach minutengenauer Abrechnung teilte auch eine befragte Pflegekraft, die angab, dass ohne Arbeitszeitfassung zu ihrem Nachteil abgerechnet werden würde, da zum Beispiel Zeiten, die durch Verkehrsbehinderungen entstünden, keine Berücksichtigung finden würden.

Als weiterer Vorteil bringe die Arbeitszeiterfassung über das Gerät aber auch mit sich, dass die Pflegekräfte keine Stundenzettel mehr schreiben müssten.

Neben den Chancen, die aus den neuen technischen Möglichkeiten der Transparenz resultieren, bringen diese aber auch Risiken mit sich:

So kann die Kontrolle der Arbeitszeit auch dafür genutzt werden, den Druck auf Pflegekräfte zu erhöhen. Hier ist zum Beispiel ein Vergleich der Pflegezeiten zwischen einzelnen Pflegekräften („Frau XY schafft das aber in deutlich weniger Zeit!“) oder das Bestreben nach Optimierung der Pflegezeiten denkbar. Dies könnte zu einer weiteren Arbeitsverdichtung der Pflegekräfte führen.

Die Sorge vieler Beschäftigter, dass eine Zeiterfassung zu ihrem Nachteil genutzt werden könnte, hat sich bei den Pflegekräften aus den befragten Pflegebetrieben zwar nicht erfüllt, wurde aber aus anderen Pflegediensten berichtet. So gab eine befragte Pflegekraft an, dass die Kontrolle ihres vorherigen Arbeitgebers sie zu einem Arbeitsplatzwechsel veranlasste.

Risiko: Mehr Bürokratie durch umfassende Digitalisierung

Ein Pflegebetrieb zeigte eine sehr kritische Haltung gegenüber der Digitalisierung in der ambulanten Pflege. In diesem Betrieb war ca. um das Jahr 2010 herum ein Modellversuch unternommen worden, MDA einzuführen, der aber nach drei Monaten im Einvernehmen mit den Pflegekräften wieder abgebrochen wurde. Die befragte Führungskraft äußerte die Erwartung, dass der Einsatz digitaler Technik eine steigende Bürokratisierung zur Folge haben werde, weil die Kassen noch mehr Informationen und Dokumentation verlangen würden. Dadurch würden die Vorteile der Gerätenutzung wieder mehr als zunichte gemacht werden.

Risiko: Weniger persönliche Kommunikation

In Einzelfällen wurde Kritik auf Seiten der Pflege- und Führungskräfte laut, dass Digitalisierung die persönliche Kommunikation verringern könnte. Viele Aspekte der Arbeit erfordern keine Absprachen zwischen Führungs- und Pflegekräften, wenn sie digital in den Geräten hinterlegt sind. Auch könnte die Kommunikation verstärkt auf digitaler Ebene stattfinden, zum Beispiel über Messenger. Die Pflege- und Führungskräfte in den befragten Pflegeunternehmen konnten diese Sorgen überwiegend nicht bestätigen. Ein Betrieb mit vergleichsweise hohem Digitalisierungsgrad sah diese Sorgen jedoch in seinem Unternehmen bestätigt. So würde die PDL zwar im dauerhaften Kon-

takt zu den Pflegekräften stehen, die Pflegekräfte aber untereinander deutlich weniger persönlich/direkt kommunizieren. Viele Themen, die zuvor persönlich besprochen worden seien, würden nun über das digitale Übergabebuch geregelt. Vormals klassische Fallbesprechungen seien nun nur noch Problembesprechungen.

2.2.5 Prägnante Unterschiede zwischen Pflegekräften und Führungskräften

Die befragten Pflege- und Führungskräften hatten zu vielen Aspekten der Nutzung von MDA vergleichbare Einstellungen und Meinungen. Einige Themen aber wurden doch sehr unterschiedlich diskutiert.

Besonders augenfällig war hier zum Beispiel die Einschätzung zur *Einführung in die Gerätenutzung*. Auf Seiten der Führungskräfte wurde diese positiver beurteilt als auf Seiten der Pflegekräfte, bei denen der Wunsch nach einer stärkeren Einbeziehung in die Planungen zur Einführung bestand – auch zukünftig, zum Beispiel bei der Einführung neuer Funktionen.

Auch betrachteten die Führungskräfte das Thema *Kontrolle/Kontrollmöglichkeiten* weit weniger kritisch als die Pflegekräfte. Hier mag vermutlich auch ein Zusammenhang zu dem von den Pflegekräften gewünschten stärkeren Einbezug in die Einführung der Geräte bestehen. Frühzeitige und rechtzeitige Information der Pflegekräfte kann sicherlich dazu beitragen, Ängste vor Kontrollen durch den Arbeitgeber über die MDA zu reduzieren und somit auch die Offenheit der Beschäftigten zu erhöhen, sich positiv mit neuen Arbeitsmitteln auseinanderzusetzen. Die Sorge, dass die MDA auch als Mittel zur Kontrolle eingesetzt werden, ist jedoch auch nicht unbegründet. Die berichteten Erfahrungen einer Pflegekraft von ihrem vorherigen Arbeitgeber zeigten, dass Pflegebetriebe die Geräte durchaus nutzen, um ihre Beschäftigten zu überwachen. Auch berichteten befragte Führungskräfte, dass sie oder andere Führungskräfte durchaus nachfragen würden, wenn es zeitliche Ungereimtheiten gibt, sodass hier schon von einer gewissen Kontrolle auszugehen ist.

Die befragten betrieblichen Experten und Expertinnen konnten sehr unterschiedliche Erfahrungen zur *technischen Zuverlässigkeit* der Geräte berichten. In einigen Pflegediensten kam es zu keinen technischen Störungen, andere berichteten von höherer Störanfälligkeit. Deutlich wurde insbesondere in einem Pflegedienst, dass die Führungskraft die beschriebenen Störungen eher abtat und unproblematischer wertete als die betroffenen Pflegekräfte.

Ein ebenfalls deutlicher Unterschied in den Befragungen der Pflege- und Führungskräfte zeigte sich in der Bewertung der Geräte hinsichtlich der *Ressourcenoptimierung*. Diese stand für die Führungskräfte deutlich stärker im Vordergrund als für die Pflegekräfte. Dies mag darin begründet liegen, dass bei der Arbeit der Führungskräfte – noch – das größere Optimierungspotential liegt. Insbesondere die Abrechnung, aber auch die Tourenplanung, können durch die Digitalisierung übersichtlicher und effizienter gestaltet werden. Mit Einführung einer digitalen Dokumentation kann aber auch für die Pflegekräfte ein größerer Optimierungsnutzen einhergehen, da doppelte Dokumentationsarbeit (auf Papier und am PC) minimiert werden könnte.

2.2.6 Fazit zur qualitativen Analyse

Die Ergebnisse der qualitativen Befragung decken sich weitestgehend mit den Ergebnissen der quantitativen Befragung. Die qualitative Befragung konnte jedoch Aspekte der Praxis und Gestaltungsbedarfe stärker gewichten als die quantitative Analyse, da sie von den Befragten besonders intensiv thematisiert wurden.

Es lässt sich zusammenfassend feststellen, dass die MDA fast durchgehend positiv beurteilt wurden. Zudem war bei fast allen Befragten ein Trend zu weiterer Digitalisierung feststellbar: Die genutzten Funktionen sollen weiter ausgebaut werden.

Trotz dieser positiven Grundhaltung der Nutzer und Nutzerinnen war jedoch auch das Thema Kontrolle (Kontrollängste und -erfahrungen) eines, das insbesondere bei den Pflegekräften eine wichtige Rolle spielte, während es bei den befragten Führungskräften eine eher untergeordnete Rolle zu spielen schien.

Insbesondere auf Seiten der Pflegekräfte bestand der Wunsch nach einer besseren und kontinuierlicheren Einführung in die Geräte. Auch wurde teilweise mehr Beteiligung in den Einführungsprozess gewünscht.

Alles in allem überwiegen bei den Führungskräften die Vorteile aus der Einführung der Geräte hinsichtlich Effizienz und Effektivität der Arbeit. Die Vorteile für die Pflegekräfte liegen insbesondere in der besseren Anbindung an Informationen für unterwegs und der Aktualität der vorliegenden Informationen vor Dienstbeginn und während der Touren. Die Grenzüberschreitung bei Erwerbs- und Freizeit (Dienstplanabruf in der Freizeit) ist jedoch ein bislang ungeklärter Punkt in den befragten Betrieben. Hier bedarf es einer Reorganisation der Pflegevor- und Pflegenachbereitungszeit (Anerkennung von Zeiten) in den Betrieben.

Auch fehlte es an konkreten Regelungen zu Haftungsfragen bei Beschädigung und Verlust der Geräte in den befragten Betrieben. Auch hier sind betriebliche Regelungen angeraten.

Die Pflegedokumentation als Funktion wurde in der Praxis kaum genutzt, ist auch von vielen Befragten nicht gewünscht. Vielleicht finden sich aus diesem Grund auch nur wenige Software-Anbieter, die die Pflegedokumentation im Programm haben, weil sie in der Praxis nur schwer umsetzbar ist. Hinzu kommt die Doppelbelastung der Pflege- und Führungskräfte, da auch vor Ort eine identische Dokumentation (im Moment noch auf Papier) vorgehalten werden muss.

3 Gesamtfazit und Gestaltungsansätze

Die Digitalisierung der ambulanten Pflege schreitet voran. Sie bringt dabei – wie in anderen Branchen auch – spezifische Herausforderungen einerseits und Chancen andererseits mit sich. Zu den Chancen, welche die MDA ermöglichen, zählen insbesondere die Verbesserung von Information und Kommunikation auf Seiten der auf ihren Touren allein arbeitenden Pflegekräfte, wodurch sich ihre Arbeitsqualität verbessern lässt (Verringerung von Unsicherheiten). Auch die Führungskräfte in den Pflegezentralen sind besser mit den Pflegekräften verbunden und profitieren zudem von verbesserten Möglichkeiten zeitnäherer Umplanungsmöglichkeiten der Touren. Hinzu kommen für die Führungskräfte Effizienzsteigerungen insbesondere bei der Dokumentation und Abrechnung von Leistungen. Eine größere Transparenz (insbesondere hinsichtlich der tatsächlichen Fahr- und Pflegeleistungen) kann zudem die Wirtschaftlichkeit positiv beeinflussen (z. B.: Werden bislang nicht abgerechnete Leistungen erbracht?), wenn sie nicht in eine einseitige Kontrolle der Pflegekräfte und die Arbeitsverdichtung auf den Touren umschlägt. Das wiederum würde die Arbeitsqualität der Pflegekräfte negativ beeinflussen und u.U. die Akzeptanz der MDA bei den Pflegekräften sinken lassen.

Insgesamt zeigen sich in der Studie die Pflege- und Führungskräfte als recht zufrieden mit dem Einsatz der MDA. Es ist allerdings zu erkennen, dass für einen positiven Einsatz manches unbedingt vermieden (insbesondere als unangemessen empfundene Kontrolle der Pflegekräfte) und manches weiter verbessert werden könnte (z. B. die frühzeitige und dauerhafte Beteiligung der Pflegekräfte in Technikgestaltung und Techniknutzung). Ganz besonders möchten wir auf zwei Punkte eingehen, die wir in der Studie hinsichtlich bislang noch nicht ausgeschöpfter Potenziale der MDA und ihrer Einführung sowie Praxis erkannt haben:

- Faktoren, die die *Handlungssicherheit* der Pflege- und Führungskräfte im Umgang mit den MDA betreffen: Welche Herausforderungen gibt es bei der Nutzung, die im Arbeitsalltag der Pflegekräfte eine wichtige Rolle spielen und wie können sie bearbeitet werden?
- *Schnittstellen* zwischen ambulanter Pflege und externen Partnern (Krankenhäuser, Apotheken, Arztpraxen) als zukunftsweisende Möglichkeiten der Digitalisierung, die noch unausgeschöpft sind.

Diese Punkte sollen auf den folgenden Seiten näher beschrieben werden.

3.1 Handlungssicherheit

Sowohl die quantitative als auch die qualitative Analyse konnten deutlich machen, dass eine Einführung und Nutzung von MDA in der ambulanten Pflege eine Herausforderung für die Beschäftigten darstellt. Meist wird diese Hürde zwar gemeistert, aber sie könnte bereits im Vorfeld deutlich gesenkt werden. Einführung und Nutzung gehen zunächst oftmals mit Unsicherheit, Ungewissheit und Ängsten einher. Die Herstellung von Handlungssicherheit für alle Beteiligten erscheint vor diesem Hintergrund gleichermaßen sinnvoll wie auch notwendig. Im Folgenden sollen die wichtigsten Erkenntnisse aus den Analysen hierzu aufgegriffen und näher erläutert werden.

3.1.1 Frühzeitige Einbindung der Pflegekräfte in den Einführungsprozess

Vor der Einführung eines MDA im Betrieb sollten die Befürchtungen und Unsicherheiten der Beschäftigten bedacht werden. Die Ergebnisse der Analyse machen deutlich, dass bei vielen Beschäftigten Ängste vor unangemessen empfundener Kontrolle bestehen, denen man durch Aufklärung und Information begegnen kann. Wichtig erscheint es deshalb, die Beschäftigten bereits im Vorfeld der Einführung darüber aufzuklären, warum sich das Unternehmen dazu entschieden hat, MDA einzuführen. Darüber hinaus sollten die Beschäftigten darüber informiert werden, was mit den Geräten möglich ist und was der Arbeitgeber gedenkt, damit zu tun. So hat sich im Rahmen der Gespräche mit den betrieblichen Experten und Expertinnen gezeigt, dass es durchaus auch sinnvoll sein kann, einige Kontrollmöglichkeiten (z. B. die Zeiterfassung des Pflegeeinsatzes) des Geräts zu nutzen, zum Beispiel um versteckte Leistungen aufzudecken, die nicht bezahlt werden und die Pflegekräfte in Zeitnot geraten lassen. Allerdings ist es wichtig, die Beschäftigten darüber aufzuklären, welche Kontrollmöglichkeiten vom Arbeitgeber (nicht) genutzt werden – und mit welchem Ziel sie genutzt werden: Handelt es sich um Misstrauen gegenüber den Beschäftigten, oder handelt es sich vorwiegend um den Versuch, mehr Transparenz zu schaffen, die auch die Pflegekräfte nutzen könnte? Insgesamt zeichnete sich ein betriebsspezifisch unterschiedlicher Umgang mit der genutzten Software ab.

Die Einschätzung der Beschäftigten, dass ein „Mehr“ an Digitalisierung auch zu mehr Kontrolle oder Kontrollmöglichkeiten durch den Arbeitgeber führen kann/wird, deckt sich mit den Ergebnissen einer Beschäftigtenbefragung des Instituts DGB-Index Gute Arbeit (2016, S. 13): 46 % der Beschäftigten sehen sich infolge der Digitalisierung bei der Arbeit stärker überwacht, nur 4 % nehmen eine Verringerung wahr. Grundsätzlich ist dies ein problematischer Befund, weil das Risiko steigt, die technischen Geräte, von denen man sich überwacht fühlt, abzulehnen oder nicht so zu nutzen, dass sie ihr Potenzial entfalten können.

Ein Unternehmen geht sicher nicht fehl, wenn es die Beteiligten von Beginn an in den Prozess der Geräteplanung und -einführung einbezieht. Denn: „Von den Beschäftigten, deren Arbeitsbelastung infolge der Digitalisierung geringer geworden ist, sind 31 Prozent an der digitalen Umgestaltung beteiligt, von den verstärkt belasteten demgegenüber nur 22 Prozent“ (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2016, S. 14). Deutlich wurde in dieser Befragung auch, dass die Häufigkeit, bei der Arbeit gehetzt oder unter Zeitdruck zu stehen, mit dem verstärkten Einsatz digitaler Mittel steigt. Dieser Effekt konnte sowohl im produzierenden Gewerbe als auch im Dienstleistungssektor beobachtet werden (Institut DGB-Index Gute Arbeit, 2017, S.3).

Die Digitalisierung nimmt einen großen Einfluss auf die Arbeit der Menschen, auch im Dienstleistungsbereich. Laut der Befragung des Institut DGB-Index Gute Arbeit (2016) unter 9.737 abhängig Beschäftigten unterschiedlichster Branchen beurteilen Beschäftigte die Arbeitsbelastung aufgrund Digitalisierung als eher größer geworden (46 %) bzw. gleich geblieben (45 %). Nur ein geringer Anteil von 9 % gibt an, dass die Arbeitsbelastung sich durch die Digitalisierung verringert hat. Ähnlich verhält es sich bei der Frage nach der Verringerung der Arbeitsmenge aufgrund von Digitalisierung. Auch hier geben lediglich 7 % an, ihre Arbeitsmenge habe sich durch die Digitalisierung verringert.

Um insgesamt keine falschen Erwartungen zu wecken, sollte auch eine Aufklärung über die Vor- und Nachteile der Geräte erfolgen: Was kann realistischerweise erwartet werden? Informations- und Kommunikationstechnologien „haben das Potenzial, den Pflegeprozess zu vereinfachen und die Kommunikation im Prozess zu verbessern“ (ePflege 2017, S. 25). Für die Pflegekräfte steht sicherlich im Vordergrund, welche Ressourcenoptimierungspotenziale den Geräten zugrunde liegen, die auch ihnen zugutekommen. Eine Verdeutlichung der Vorteile der MDA für die Pflegekräfte bietet in Zeiten von hoher Fluktuation auch Potenzial für die Arbeitgeber, deutlich zu machen, dass auf die Bedürfnisse und Wünsche der Pflegekräfte geachtet und Rücksicht genommen wird.

3.1.2 Steigerung der Technikkompetenzen und Bedarfsorientierung

Pflegekräfte stehen dem Einsatz moderner Technik weitgehend positiv gegenüber. Das zeigte sich sowohl in der vorliegenden Studie, als auch in weiteren aktuellen Untersuchungen (vgl. Rösler et al. 2018, Evans et al. 2018). Trotz dieser Aufgeschlossenheit zeigten sich jedoch Berührungsängste bei den Nutzern und Nutzerinnen. Durch eine Steigerung der Technikkompetenzen bei den Pflegekräften können diese Ängste reduziert werden und somit mehr Sicherheit im Umgang – vor allem bei den Pflegekräften – erzeugt werden (vgl. u.a. Evans et al. 2018). „Bestehende IKT-[Informations- und Kommunikationstechnik, Anm. der Verf.] Lösungen werden von Menschen mit Pflegebedarf und Anwenderinnen und Anwendern aus dem Bereich der Gesundheitsprofessionen bisher zu wenig akzeptiert und angenommen. Gründe hierfür sind defizitäre Designs, unzureichende Nutzungs-Anleitungen sowie die fehlende Einbindung von Nutzerinnen und Nutzern in die Technologieentwicklung im Pflegesektor“ (ePflege 2017, S. 32).

Da Programme oft mit Führungskräften entwickelt und geplant werden, ist die Optimierung stark auf die Bedürfnisse der Führungskräfte bzw. auf die Verwaltungsoptimierung ausgerichtet. „Aktuell würden zur Vorbereitung von Technikentwicklungsprozessen häufig lediglich vordergründige, technisch orientierte Anforderungsanalysen durchgeführt, die demnach zukünftig durch systematische Bedarfsanalysen ersetzt werden sollten. Im Sinne einer partizipativen Produktentwicklung gelte es, die Nutzerinnen und Nutzer zudem stärker in den Prozess der Technikentwicklung einzubeziehen, z. B. durch kontinuierliche Nutzbarkeitstests“ (ebd., S. 24). „Sowohl Akteurinnen und Akteure der Technikentwicklung als auch weitere wie Kostenträgerinnen und -träger, Arbeitgeber sowie Behörden sollten hierbei als Treiber fungieren und durch attraktive Angebote und gute Informationen für Akzeptanz sorgen“ (ebd., S. 32).

Durch eine gemeinsame Planung der Funktionen des zukünftigen Arbeitsmittels mit den Pflegekräften ist es so auch eher möglich, ressourcenoptimierende Funktionen für die Pflegekräfte gemeinsam zu erarbeiten. So wird gleichzeitig auch verhindert, dass die Pflegekräfte sich „der Technik ausgeliefert fühlen“ (Institut DGB-Index Gute Arbeit, S. 15). Technische Lösungen sollten so entwickelt werden, dass sie „zu mehr Zeit für die Pflege und einer besseren Versorgung führen sowie ein effektiveres Arbeiten ermöglichen“ (Evans et al. 2018, S. 8).

Strukturelle Rahmenbedingungen wie Personalmangel und geringe finanzielle Ressourcen sind nicht veränderbar durch die Einführung von MDA, die Arbeitsbelastung der Pflegekräfte kann jedoch verringert werden (durch zum Beispiel sicherheitsvermittelnde Informationen und geregelte Kommunikationsmöglichkeiten) (Bleses et al. 2017, S. 43). Hierfür ist eine beteiligungsorientierte Unternehmensführung notwendig, „die es allen Beschäftigten ermög-

licht, Kritik zu äußern und eigene Vorschläge einzubringen. Nur so ist eine Identifikation mit dem Unternehmen möglich“ (Bleses et al. 2017, S. 44).

Zudem könnten regelmäßige Schulungen zu Funktionalitäten des MDA für eine optimale Nutzung der Geräte sorgen. In den befragten Pflegebetrieben konnten sich Pflegekräfte bei auftretenden Problemen mit den Geräten an feste Ansprechpartner bzw. Ansprechpartnerinnen wenden. Das ist ein guter Ansatz. Eine Erweiterung dieses problemorientierten Ansatzes hinsichtlich eines möglichkeitsorientierten Umgangs mit den MDA und der Software (Schulungen, regelmäßige Treffen der Nutzer und Nutzerinnen zum Austausch über Handhabung und Nutzungsmöglichkeiten im kleinen Kreis, Vorstellen von Best-Practice-Lösungen in Teambesprechungen) könnten hier hilfreich sein, den Pflegekräften auch bislang ungenutzte Funktionen der MDA nahezubringen.

3.1.3 Umgang mit den Geräten/Haftung

Die im Rahmen der Studie befragten Unternehmen hatten keine transparenten Regelungen zu Haftungsfragen bei Verlust und Beschädigung der genutzten MDA. Betriebliche Regelungen werden jedoch als sinnvoll erachtet und sollten in Anlehnung an die bestehenden gesetzlichen Regelungen erfolgen.

Grundsätzlich ist es so, dass sowohl Arbeitgeber als auch Arbeitnehmer haften, wenn sie Rechte oder Rechtsgüter des anderen schädigen. Wenn Pflegekräfte die von ihrem Arbeitgeber als Arbeitsmittel gestellte MDA beschädigen, müsste sie für den entstandenen Schaden grundsätzlich haften. Die rechtliche Grundlage hierzu findet sich in § 280 BGB Schadensersatz wegen Pflichtverletzung und in § 823 BGB Schadensersatzpflicht.

Wenn ein Schaden im Rahmen eines Arbeitsverhältnisses entsteht, hat die Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichtes jedoch eine Haftungseinschränkung bzw. Haftungsprivilegierung zugunsten des Arbeitnehmers oder der Arbeitnehmerin vorgesehen. Das heißt, dass Schäden, die im Rahmen einer Arbeitstätigkeit entstehen, anders behandelt werden als Schäden, die im privaten Bereich entstehen.

Bei jeder Nutzung eines Arbeitsgerätes und insbesondere bei empfindlichen mobilen Geräten, die transportiert und vielfach aus der Tasche geholt und wieder eingesteckt werden, ist ein erhöhtes Schadensrisiko vorhanden. Das gilt insbesondere dann, wenn der Arbeitgeber nicht für ausreichende Unterweisungen zur Schadensminimierung sorgt und auch keine oder ungeeignete Mittel zum Schutz der Geräte verfügbar macht (z. B. Schutzfolien, Gerätehüllen). Zudem: Fehler können passieren und sollten bei der Arbeit als Betriebsrisiko gewertet werden. Etwas anders liegt der Fall bei einer mittleren/groben Fahrlässigkeit der Beschäftigten im Umgang mit den MDA. Die Haftungssumme, für die Beschäftigte Verantwortung tragen, richtet sich dann nach dem Verschuldensgrad der Beschäftigten: Je nachdem ob Vorsatz/grobe Fahrlässigkeit, normale/mittlere Fahrlässigkeit oder leichte Fahrlässigkeit vorliegen, ändert sich die Höhe der Haftungssumme, die Beschäftigte tragen müssen. Bei nur geringer Fahrlässigkeit, zum Beispiel durch Versprechen, Vergreifen oder Vertun, haften Beschäftigte gar nicht.

Weitere Informationen erhalten Sie hier (Stand: Mai 2018):

https://www.hensche.de/Rechtsanwalt_Arbeitsrecht_Handbuch_Haftung_Arbeitnehmer.html

https://www.hensche.de/Rechtsanwalt_Arbeitsrecht_Handbuch_Haftung_Arbeitgeber.html

Beschäftigte im Land Bremen können sich aber auch an die Rechtsberatung der Arbeitnehmerkammer Bremen wenden:

https://www.arbeitnehmerkammer.de/ueber-uns/ueber-uns/beratungsangebot.html

Fazit: Arbeitgeber (und Betriebs- bzw. Personalräte) sollten sich zu Fragen der Haftung beraten lassen, eine betriebliche Regelung finden und diese auch an die Beschäftigten kommunizieren. Dies beugt Unsicherheit vor und schafft Handlungssicherheit für die beteiligten Personen. Transparente Regelungen können zudem unterstützen, den Beschäftigten die Ängste vor der Nutzung zu nehmen. Bei wiederholt auftretenden Beschädigungen sollte gemeinsam mit den Beschäftigten ein genauerer Blick auf die möglichen Ursachen geworfen werden. Möglicherweise gibt es einfache Lösungen für das Problem. Und Unternehmen sollten bedenken: Es ist in ihrem Interesse, dass die MDA möglichst oft und möglichst ohne Ängste seitens der Beschäftigten genutzt werden. Daher sollte überlegt werden, ob – vielleicht abgesehen von wiederholter grober Fahrlässigkeit – unabhängig von der Rechtslage nicht ganz auf den Schadensersatz durch die Beschäftigten verzichtet werden sollte. Jedenfalls sollten Kosten und Nutzen einer Haftungsandrohung gut bedacht werden.

3.1.4 Freizeit, Ruhezeit und Arbeitszeit

Bei der Durchführung der qualitativen Interviews konnte in allen befragten Betrieben eine Verquickung von Freizeit und Arbeitszeit im Umgang mit den MDA festgestellt werden, ohne dass es betriebliche Regelungen dafür gab. Hier stellt sich die Frage, wie der Betrieb Regelungen treffen kann, um zum Beispiel die Pflegevor- und -nachbereitung auch im Sinne des Arbeitszeitgesetzes zu regeln. Laut § 5 ArbZG müssen Arbeitnehmer nach Beendigung der tägli-

chen Arbeitszeit eine ununterbrochene Ruhezeit von mindestens elf Stunden (bzw. in Ausnahmefällen 9 Stunden) einhalten. Wenn eine Pflegekraft nun abends vor Dienstantritt ihren Dienstplan durchsieht, könnte dies Arbeitszeit und somit eine Unterbrechung der Ruhezeit sein.

Hier sind die Arbeitgeber verantwortlich für eine Regelung. Die Arbeitgeber sollten auf die Einhaltung der Ruhezeiten achten und darauf hinweisen. Zudem dürfen die Arbeitgeber nicht veranlassen, dass die Geräte in den Ruhezeiten genutzt werden. Die Arbeitgeber müssen hier zu Lösungen kommen: Einerseits müssen Arbeitszeiten (auch von daheim aus) anerkannt und entlohnt werden (diese könnten etwa durch eine Buchung in den MDA analog zu Pflege- und Bürozeiten dokumentiert werden). Andererseits kann die Einhaltung der Ruhezeiten beispielsweise durch eine grundsätzliche Anweisung unterstützt werden, dass die MDA ab einer bestimmten Uhrzeit vor dem Dienstbeginn nicht betrieblich genutzt werden dürfen. Dadurch würde sowohl dem Wunsch der Pflegekräfte nach rechtzeitiger Information über die Tourenplanung des kommenden Tages entsprochen und andererseits den Pflegekräften der Nutzen verdeutlicht werden, zu ihrer Erholung unbedingt die Ruhezeiten einzuhalten. In Unternehmen mit Betriebsrat oder Mitarbeitervertretung sollte gemeinsam eine konkrete betriebliche Vereinbarung getroffen werden.

3.1.5 Kommunikation mittels MDA/Datenschutz

Die Kommunikation mittels MDA bietet den Pflegekräften Vorteile insbesondere hinsichtlich der Verbindlichkeit, Verlässlichkeit und Geschwindigkeit der Kommunikation. Die übermittelten Daten werden dauerhaft vorgehalten und sind für die Pflegekräfte und andere nachprüfbar. Auf diese Weise werden Kommunikationsprozesse vor allem zwischen Pflege- und Führungskräften sehr gut unterstützt. Allerdings kann es kein Ziel der Kommunikationsgestaltung in der ambulanten Pflege sein, die persönliche Kommunikation weitestgehend durch digitale Kommunikation zu ersetzen. Den Pflegekräften ist vielmehr persönliche Kommunikation in verschiedener Hinsicht weiterhin wichtig:

- Sie unterstützt das kollegiale Miteinander, das bei der Alleinarbeit in der ambulanten Pflege immer ein knappes Gut ist.
- Sie dient der Vermittlung von Anerkennung und Wertschätzung der alltäglichen Leistungen der Pflegekräfte.
- Und sie gibt emotionale Unterstützung, fachlichen Rat und Rückmeldung – insbesondere auch seitens der Pflegedienstleitung (vgl. Bleses et al. 2017, S. 46f). Das ist eine elementare Unterstützung, auf die alleinverantwortlich handelnde Pflegekräfte nicht verzichten können und nicht verzichten wollen.

Daher wird seitens der Pflegekräfte auch der hohe Stellenwert regelmäßiger persönlicher Übergaben hoch bewertet. Ein Betrieb mit digitalem Übergabebuch beklagte dann auch eine Verringerung der persönlichen Kommunikation durch die digitale Übergabe. Das spricht nicht gegen die generelle Nutzung eines digitalen Übergabebuchs, wohl aber gegen eine zu weitgehende Verringerung des persönlichen Austauschs.

Ein Hemmnis für die Nutzung von IKT in der Pflege sind zudem Aspekte der Datensicherheit: „Sicherheit und Schutz persönlicher Daten sind wichtige Themen bei IKT in der Pflege. Akzeptanz und Nutzung von IKT-Lösungen im Pflegesektor hängen maßgeblich vom Vertrauen darauf ab, dass die Daten verantwortungsbewusst und nur auf den individuellen Fall bezogen eingesetzt werde und nur Berechtigte Zugriff haben“ (ePflege 2017, S. 40). Auch hier bedarf es betrieblicher Regelungen für den Austausch von Daten im Rahmen der ambulanten Pflegearbeit. Insgesamt wurde das Thema aber sowohl im Rahmen der quantitativen als auch der qualitativen Erhebungen in den Pflegediensten überwiegend unkritisch betrachtet. Kein Unternehmen hatte konkret hinterlegte Regelungen für den Austausch von Daten zwischen den Pflegekräften, die über ein Verbot von bestimmten Messenger-Diensten hinausgingen. Hier gilt es, verbindliche Standards in den Unternehmen zu schaffen und die Pflegekräfte über Schulungen zu sensibilisieren, welche Daten von sich, dem Unternehmen und den zu Pflegenden wann, wie und wo weitergegeben werden dürfen.

3.1.6 Pflege- und Leistungsdokumentation

Nicht jede Pflegesoftware auf den MDA ermöglicht bereits die Pflegedokumentation auf den mobilen Geräten (u.a. Pflegebericht und Pflegeplanung). Die Möglichkeit, das zukünftig tun zu können, wurde seitens der Pflegekräfte – aber auch seitens der Führungskräfte – unterschiedlich beurteilt. So gab es teilweise Befürwortung, teilweise aber auch strikte Ablehnung. Die Befürworter sehen den Vorteil, nicht doppelt (einmal auf Papier bei den Patienten und Patientinnen und einmal digital am PC in der Pflegezentrale) dokumentieren zu müssen. Zudem hätte man die Dokumentation zur Information auch beständig verfügbar. Das könnte gerade dann ein Vorteil sein, wenn man unterwegs für erkrankte Pflegekräfte einspringen muss, dann könnte man sich über vielleicht unbekannte Patienten und Patientinnen informieren, bevor man die Wohnung betritt. Skepsis wurde vor allem hinsichtlich des Risikos laut, sich von den Pflegebedarfen der Patienten und Patientinnen (z. B. durch vorgegebene Textblöcke in der Software) zu entfremden.

Die Dokumentation der erbrachten Pflegeleistungen, die ebenso als Nachweis gegenüber den Patienten und Patientinnen, Angehörigen und Kassen nötig ist wie sie die Grundlage für die Leistungsabrechnung bildet, wird heute schon häufig auf dem MDA vorgenommen und die Daten dann an die Leistungsabrechnung übertragen. Auch hierbei kommt es zur Doppeldokumentation: Einmal die Dokumentation der erbrachten Leistungen auf dem Gerät, einmal handschriftlich in der Dokumentationsmappe beim Patient/bei der Patientin. Die Herausforderung hierbei ist zudem, dass beide Dokumente die gleichen Inhalte enthalten müssen. Dieses Vorgehen ist sehr fehleranfällig und verursacht einerseits doppelte Arbeit bei den Pflegekräften, aber andererseits auch zusätzliche Arbeit in der Pflegezentrale, die die Pflege-/Leistungsdokumentationen auf Übereinstimmung kontrollieren und gegebenenfalls korrigieren muss. Die Patienten und Patientinnen müssen zudem die Leistungsdokumentation unterschreiben, wofür wiederum eine ausgedruckte Version vorliegen muss. Hier bedarf es einer entsprechenden gesetzlichen Regelung, wie mit der digitalisierten Dokumentation verfahren werden darf (Bleses et al. 2017, S. 52) sowie der Entwicklung einer angemessenen technischen Lösung, die sowohl Pflegedienste und Krankenkassen als auch Kunden/Kundinnen zufriedenstellt. Für die Pflegekräfte wäre wichtig, dass die Regelung möglichst eindeutig ist und möglichst wenig doppelte Arbeiten verursacht. Dokumentationssysteme sollten möglichst „sinnvoll, einfach bedienbar und leicht verständlich“ (Rösler et al. 2018, S. 27) sein.

3.1.7 Zeiterfassung

Insgesamt konnten die befragten Führungskräfte deutlich machen, dass sie darum bemüht sind, eine Tourenplanung mit möglichst realistischen Zeiten zu erstellen. Unvorhersehbare Zwischenfälle, die den Zeitplan durcheinanderbringen, sind in der ambulanten Pflege jedoch nicht auszuschließen. Eine Zeiterfassung kann Vor- aber auch Nachteile für die Pflegekräfte mit sich bringen. Um die Nachteile möglichst gering zu halten, ist es notwendig, dass die Zeiten möglichst realistisch geplant werden. Die Verwaltungskräfte müssen über mögliche Veränderungen im Tourenplan rechtzeitig informiert sein und für die Pflegekräfte ist es wichtig, nicht ständig unter Zeitdruck arbeiten zu müssen (vgl. Bleses et al. 2017, S. 54f). Eine Zeiterfassung erhöht jedoch auch die Kontrollmöglichkeiten der Pflegedienste. Je nachdem, wie die Betriebe mit ihren Möglichkeiten umgehen, kann die Zeiterfassung zu Vor- und Nachteilen bei den Pflegekräften führen. Einerseits besteht die Möglichkeit, die Pflegekräfte zu kontrollieren: Wie schnell arbeiten sie (im Vergleich zu ihren Kollegen und Kolleginnen)? Andererseits liegt darin aber auch ein Potenzial, zum Beispiel versteckte Leistungen aufzudecken. Erbringt eine Pflegekraft regelmäßig Leistungen, die nicht abgerechnet werden können und die die Pflegekraft in Zeitnot bringen, kann hier der Pflegedienst intervenieren (s.o.). Zudem kann sich die Tourenplanungen künftig an realen Werten der Zeiterfassung (z. B. die durchschnittliche Zeit, die verschiedene Pflegekräfte benötigen) orientieren, statt sich auf eigene Schätzungen verlassen zu müssen.

3.1.8 MDA als Lern- und Informationsmittel

Die Nutzung der MDA als Lerntool wurde im Rahmen der Studie von den Befragten sehr positiv bewertet, findet in der Realität bislang aber kaum Anwendung.

Vorstellbar ist die Nutzung der MDA zum Beispiel als Weiterbildungsinstrument. Hierdurch könnte ein Beitrag zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf geleistet werden, wenn beispielsweise Fort- und Weiterbildungen zu einem Zeitpunkt durchgeführt werden würden, den die Pflegekräfte selbst bestimmen können. Zudem würde ein solches Vorgehen eine Ressourcenschonung bedeuten, weil keine Räumlichkeiten vorgehalten werden müssten und die Pflegekräfte bei externen Fort- und Weiterbildungen weniger oder keine Fahrzeiten hätten. Das bedeutet gleichzeitig weniger Freistellungszeit für den Arbeitgeber bei generellem Personalmangel und zudem einen zusätzlichen Anreiz, Pflegekräfte zu Qualifizierungen zu motivieren. Auch eine ständige Verfügbarkeit von Lernvideos zur Wissensvermittlung/-auffrischung wurde als sinnvolle Nutzung der Geräte beurteilt. So könnten zum Beispiel neue oder bereits längere Zeit nicht ausgeführte Tätigkeit beim Patienten/bei der Patientin in kurzen Lernvideos erklärt werden, um das Wissen aufzufrischen und Handlungsunsicherheit bei den Pflegekräften zu verringern (vgl. Bleses et al. 2017, S. 33). Als Erfolgsfaktor im E-Learning kann zudem die Zielgruppenorientierung angesehen werden, bei der Inhalte auf die Nutzer und Nutzerinnen und deren Nutzungsverhalten abgestimmt werden (Bleses et al. 2017, S. 35f).

3.2 Schnittstellen im Versorgungsnetzwerk

Im Mittelpunkt des MDA-Einsatzes in den Pflegediensten (und generell der Digitalisierung der Pflegedienste) steht zunächst einmal die interne Vernetzung. Allerdings haben die Experten- und Expertinnengespräche gezeigt, dass auch die externe Vernetzung der ambulanten Pflege mit vor- und nachgelagerten bzw. parallelen Versorgungsanbietern (Krankenhäuser, stationäre Kurzzeitpflege, Apotheken, Arztpraxen usw.) zukünftig eine große Bedeutung hinsichtlich der Verbesserung der Versorgungssituation der Patienten und Patientinnen, der effizienten Versorgung und schließlich auch der Arbeitsqualität der Pflegekräfte (hier vor allem der Verringerung von Unsicherheiten bei der Versorgung neuer Patienten und Patientinnen etwa nach der Krankenhausentlassung) besitzen könnte.

Wunsch und Wirklichkeit gehen hier allerdings weit auseinander. Das hat zum einem mit Fragen des Datenschutzes zu tun: Wer darf wem, wann, auf welchen Wegen und mit welchen Mitteln Informationen über Patienten und Patientinnen weitergeben? Das betrifft insbesondere das Entlassungs-/Überleitungsmanagement der Krankenhäuser, das nicht einfach und ohne Einwilligung der Patienten und Patientinnen oder ohne bestehende Verträge alle Daten an die Pflegedienste weiterleiten darf. Das Versorgungsmanagement und eine dazu erforderliche Übermittlung von Daten dürfen nur mit Einwilligung und nach vorheriger Information des Versicherten erfolgen (§ 140a SGB V – „Besondere Versorgung"). Die Pflegedienste sind in aller Regel schon froh, wenn sie überhaupt rechtzeitig genug erfahren, wenn ein Patient/eine Patientin mit Nachsorge- oder dauerhaftem Pflegebedarf entlassen und damit an sie übergeben wird. Informationen zur Patientin/zum Patienten fließen oft spärlich und zum Teil nur über ‚Bande' (Hausarzt).

Zum anderen gibt es keine definierten und nutzbaren Schnittstellen zwischen den sog. ‚Digitalisierungsinseln' der Versorgung, so dass diese nicht ausreichend miteinander verbunden werden (können). Dabei haben Patienten und Patientinnen einen gesetzlichen Anspruch auf ein sachgerecht funktionierendes Versorgungsmanagement (§ 11 Nr. 4 SGB V). Hier könnte die Digitalisierung in der Tat gute Dienste leisten (ePflege 2017, S. 27). Dafür wären zumindest die technischen Schnittstellen zu regeln, damit zwischen Programmen die nötigen Daten ausgetauscht werden können. So bleibt häufig nur der Weg über Papier, entweder tatsächlich ausgedruckt oder versendet als Dateianhang, der dann einen neuen Digitalisierungsarbeitsschritt in der jeweiligen Verwaltung auslöst: die händische Übertragung in das eigene digitale System.

Tatsächlich hat der Gesetzgeber in § 67 Nr. 1 und 2 SGB V („Elektronische Kommunikation") bereits einen Digitalisierungs- bzw. Vernetzungsschritt eingeleitet, der gegenwärtig jedoch vorwiegend im Bereich der Leistungsabrechnung umgesetzt zu sein scheint. Danach soll die papiergebundene Kommunikation unter den Leistungserbringern und mit den Krankenkassen so bald und so umfassend wie möglich durch die elektronische und maschinell verwertbare Übermittlung von Befunden, Diagnosen, Therapieempfehlungen, Behandlungsberichten und Unterlagen in Genehmigungsverfahren, die sich auch für eine einrichtungsübergreifende fallbezogene Zusammenarbeit eignet, ersetzt werden. Die Krankenkassen und Leistungserbringer sowie ihre Verbände sollen diesen Übergang zur elektronischen Kommunikation finanziell unterstützen.

Derzeit gibt es Digitalisierungsinseln zum Teil innerorganisatorisch (wenn etwa im Krankenhaus nicht in allen Organisationsteilen die gleiche Software genutzt wird, sodass das Entlassungsmanagement selbst nicht ohne weiteres über alle Patienten-/Patientinneninformationen verfügt) oder zwischen Organisationen, die dann digital nicht in einen umfassenden Datenaustausch miteinander treten können. Als Schnittstellen im Übergangsmanagement des Krankenhauses können zum Beispiel Informationen an das Krankenhaus durch den ambulanten Pflegedienst frühzeitig digital übermittelt werden. Das beträfe zum Beispiel Medikamentenpläne oder Wundberichte (auch als Grundlage für Verordnungen) und könnte die Vorbereitung auf die Aufnahme des Patienten/der Patientin deutlich vereinfachen. Aber auch Informationen an den Pflegedienst aus dem Krankenhaus könnten in digitaler Form zur Verfügung gestellt werden, zum Beispiel welche Pflege notwendig sein wird, wenn der Patient/die Patientin aus dem Krankenhaus entlassen wird. „Krankenhausaufenthalte verstärken bei älteren Menschen oft die Abhängigkeit. So weisen ältere Patienten bei ihrer Entlassung häufig schwerere Beeinträchtigungen auf als bei der Einweisung." (Ballsieper et al. 2012, S. 2). Eine mangelhafte Versorgung nach der Entlassung kann eine Verschlechterung der gesundheitlichen Situation der Patienten und Patientinnen zur Folge haben.

Ein systematisches Überleitungsmanagement wird aufgrund der immer kürzer werdenden Krankenhausaufenthalte weiter an Bedeutung gewinnen. Dies bedeutet für ambulante Pflegedienste zum einen, dass sie zukünftig mehr und auch früher Patienten und Patientinnen nach einem Krankenhausaufenthalt übernehmen müssen, und zum anderen, dass diese auch in einem betreuungsintensiveren Zustand sind. Die Übermittlung strukturierter und standardisierter digitaler Informationen könnte hier einen deutlichen Ressourcengewinn sowohl auf Seiten der Krankenhäuser als auch auf Seiten der Pflegedienste ermöglichen.

Neben dem Überleitungsmanagement vom/zum Krankenhaus spielen in der ambulanten Pflege aber auch die Schnittstellen zu Arztpraxen eine wichtige Rolle. Genehmigungen von Verordnungen, Folgeverordnungen und auslaufende Verordnungen könnten in den MDA gespeichert werden und somit sowohl einen besseren Überblick über Medikation und Leistungen gewähren als auch rechtzeitig informieren, wenn eine Verordnung erneuert werden muss.

Auch Schnittstellen zu Apotheken, zum Beispiel zum Einlösen von Rezepten oder (Vor-) Bestellen von Medikamenten wurden im Rahmen der vorliegenden Studie als wichtige Schnittstellen zur ambulanten Pflege genannt. Das Besorgen von Verordnungen und Medikamenten ist keine Krankenkassenleistung und eigentlich Aufgabe des Patienten/der Patientin bzw. seiner/ihrer Angehörigen. Aufgrund oftmals fehlender Möglichkeiten der Patienten und Patientinnen bzw. weil keine Angehörigen vorhanden sind, fällt diese Aufgabe trotzdem häufig den Pflegediensten zu, deren Aufgabenspektrum sich damit erweitert.

Für ein funktionierendes Schnittstellenmanagement ist es darum notwendig, dass alle Einrichtungen mit anschlussfähigen Systemen arbeiten. Hier besteht noch deutlicher Nachholbedarf bei der Entwicklung technischer Lösungen zur Vernetzung verschiedener Systeme. Dies wurde auch im Rahmen der ePflege-Studie (2017, S. 33) deutlich: 46 % der Befragten nannten eine mangelnde Vernetzbarkeit verschiedener Systeme, 34 % eine mangelnde Verfügbarkeit technischer Lösungen. Auch wurde kritisiert, dass es nur wenige Best Practice Beispiele gibt, die aufbereitet und niederschwellig der Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden (ePflege 2017, S. 35). Der Mehrwert eines ITK-gestützten Datenflusses wird aktuell „nur begrenzt ausgeschöpft" (ebd. S. 27).

„Die Vorschriften zur elektronischen Kommunikation, hier insbesondere in § 67 SGB V, sollten daher erweitert werden und auch die Kommunikation mit professionellen Pflegedienstleisterinnen und -dienstleister [sic!] und pflegenden Angehörigen aufnehmen. Da Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI regelmäßig mit multiplen Erkrankungen und hohem medizinischem Versorgungsaufwand einhergehe, müsse für die Versorgung dieser Patienten insbesondere der Informationsfluss zwischen Akteurinnen und Akteuren aus der Medizin und der Pflege verbessert werden. Behandelnde Ärzte und Heilmittelerbringer müssen – mit Zustimmung des Patienten – Zugriff auf die Daten von Ärzten und weiteren Heilmittelerbringern zugreifen können. In vielen Fällen würde erst hierdurch eine sachgerechte medizinische Behandlung und Pflege ermöglicht. Durch die derzeitigen Medienbrüche und Kommunikationshindernisse ginge in der Pflege oft wertvolle Zeit verloren, weil digitalisierte Daten, z. B. im Rahmen des Entlassungs- und Überleitungsmanagements nicht ausgetauscht werden können." (ebd. S. 27)

Die in den Pflegediensten eingesetzten MDA könnten eine wichtige Rolle bei der Kommunikation mit Apotheken, Ärzten/Ärztinnen und Krankenhäusern spielen. Wenn die technischen und datenschutzrechtlichen Voraussetzungen dazu geschaffen wären, könnte beispielsweise eine Pflegekraft alle Informationen aus dem Entlassungsmanagement (Überleitungsmanagement) des Krankenhauses gleich auf dem MDA verfügbar haben, wenn sie zum Patienten/zur Patientin fährt. Derzeit fehlt es allerdings weitestgehend an der Erfüllung dieser Voraussetzungen, sodass eine solche externe Vernetzung der ambulanten Pflege noch nicht auf der Tagesordnung steht.

4 Literatur

Ballsieper, K.; Lemm, U. & von Reibnitz, C. (2012): Überleitungsmanagement. Praxisleitfaden für stationäre Einrichtungen. Berlin: Springer-Verlag.

Becke, G., & Bleses, P. (2016). Pflegepolitik ohne Arbeitspolitik? Entwicklungen im Feld der Altenpflege. In Jahrbuch für christliche Sozialwissenschaften 57, S. 105-126.

Becke, G., Bleses, P., Cernavin, O., Ducki, A., Langhoff, T., Klatt, R., & Nerdinger, F. (2015). Einführungsbeitrag: Von den Handlungsfeldern der Förderschwerpunkt-Tagung zum Memorandum. In Jeschke, S., Richter, A., Hees, F., & Jooß, C. (Hrsg.), Exploring Demographics. Transdisziplinäre Perspektiven zur Innovationsfähigkeit im demografischen Wandel (S. 55-66). Wiesbaden: Springer Spektrum.

Bending, T., Bleses, P., Breuer, J. et al. (2017). Leitlinien Pflege 4.0. Handlungsempfehlungen für die Entwicklung und den Erwerb digitaler Kompetenzen in Pflegeberufen. Berlin: Gesellschaft für Informatik. https://www.gi.de/fileadmin/redaktion/Presse/GI_Leitlinien_Digitale_Kompetenzen_in_der_Pflege_2017-06-09_web.pdf [abgerufen am 01.03.2018].

Benedix, U., & Medjedović, I. (2014). Gute Arbeit und Strukturwandel in der Pflege. Gestaltungsoptionen aus Sicht der Beschäftigten. Reihe Arbeit und Wirtschaft 6. Arbeitnehmerkammer/Institut Arbeit und Wirtschaft Bremen.

Benedix, U., Hammer, G., Medjedović, I., & Schröder, E. (2013). Arbeitskräftebedarf und Personalentwicklung in der Pflege. Eine Erhebung im Land Bremen. Reihe Arbeit und Wirt-schaft 3. Arbeitnehmerkammer/Institut Arbeit und Wirtschaft Bremen.

Berekoven, L., Eckert, W. & Ellenrieder, P. (1999). Marktforschung: Methodische Grundlagen und praktische Anwendung. 8. Auflage. Gabler: Wiesbaden.

BGW (2017). Pflege 4.0 – Einsatz moderner Technologien aus Sicht professionell Pflegender. Forschungsbericht. Autoren/Autorinnen: Merda, M., Schmidt, K., & Kähler, B. Hrsg. von der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Hamburg.

Bleses, P, Busse, B., Friemer, A., Kludig, R., Bidmon-Berezinski, J., Schnäpp, M., Breuer, J. & Philippi, L. (2017). Interagieren, koordinieren und lernen – Chancen und Herausforderungen der Digitalisierung in der ambulanten Pflege. Zwischenbericht des Verbundprojekts KoLeGe. Ergebnisse der Analysephase. Herausgegeben vom Institut Arbeit und Wirtschaft, Universität Bremen. https://www.kolegeprojekt.de/wp-content/uploads/2017/07/KOLEGE-Zwischenbericht_1.FassungmD_final.pdf [abgerufen am 01.03.2018].

Bleses, P., & Jahns, K. (2016). Soziale Innovationen in der ambulanten Pflege. In Becke, G., Bleses, P., Frerichs, F., Goldmann, M., Hinding, B., & Schweer, M.K.W. (Hrsg.). Zusammen – Arbeit – Gestalten. Soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen (S. 127-144). Wiesbaden: Springer VS.

Bleses, P., Jahns, K., & Behrens, M. (2013). Zufrieden, kompetent und gesund arbeiten – Ressourcen und Herausforderungen nachhaltiger Beschäftigungsfähigkeit in der ambulanten Pflege. In Becke, G., Behrens, M., Bleses, P., Jahns, K., Pöser, S., &, Ritter, W., Nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit in der ambulanten Pflege. Zwischenbericht des Verbundprojekts Zukunft: Pflege (S. 57-82). artec-paper Nr. 189, April 2013, Universität Bremen, artec.

BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) (2015). Grünbuch. Arbeit weiter denken. Arbeiten 4.0. Hrsg. vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Abteilung Grundsatzfragen des Sozialstaats, der Arbeitswelt und der sozialen Marktwirtschaft. Berlin.

Boes, A., & Baukrowtz, A. (2002). Arbeitsbeziehungen in der IT-Industrie. Erosion oder Innovation der Mitbestimmung? Berlin: edition sigma.

Boes, A., & Trinks, K. (2006). „Theoretisch bin ich frei!“ Interessenhandeln und Mitbestimmung in der IT-Industrie. 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. Institut für Arbeitsmarkt und Berufsforschung (IAB), Berlin.

https://www.patientenbeauftragter.de/images/pdf/2015-01-27_Studie_zu_den_Entgelten_der_Pflegeberufe.pdf [abgerufen am 01.03.2018].

Böhle, F., & Glaser, J. (Hrsg.) (2006). Arbeit in der Interaktion – Interaktion als Arbeit. Arbeitsorganisation und Interaktionsarbeit in der Dienstleistung. Wiesbaden: VS Verlag.

Böhle, F., Stöger, U., & Weihrich, M. (2015). Interaktionsarbeit gestalten. Vorschläge und Perspektiven für humane Dienstleistungsarbeit. Berlin: edition sigma.

Bury, C., Lademann, J., & Reuhl, B. (2006). Die Situation der Beschäftigten in den ambulanten Pflegediensten im Land Bremen. Bericht. Arbeitnehmerkammer Bremen.

Cernavin, O., Thiele, T., Kowalski, M., & Winter, S. (2015). Digitalisierung der Arbeit und demografischer Wandel. In Jeschke, S., Richter, A., Hees, F., & Jooß, C. (Hrsg.), Exploring Demographics. Transdisziplinäre Perspektiven zur Innovationsfähigkeit im demografischen Wandel (S. 67-81). Wiesbaden: Springer Spektrum.

Claßen, K., Oswald, F., Wahl, H.-W., Heusel, C., Antfang, P., & Becker, C (2010). Bewertung neuerer Technologien durch Bewohner und Pflegemitarbeiter im institutionellen Kontext. Ergebnisse des Projekts BETAGT. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. Nr. 4/2010, S. 210-218.

Die Senatorin für Soziales, Jugend, Frauen, Integration und Sport der Freien Hansestadt Bremen (2017). Rahmenlehrplan für die Altenpflegeausbildung http://www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/17-04-01%20Rahmenlehrplan%20des%20Landes%20Bremen_Endfassung.pdf [abgerufen am 08.12.2017].

ePflege (2017). ePflege: 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. http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/projekte/BMG_ePflege_Abschlussbericht_final.pdf [abgerufen am 06.12.2017].

Evans, M., Hielscher, V. & Voss, D. (2018). Damit Arbeit 4.0 in der Pflege ankommt. Wie Technik die Pflege stärken kann. Hans Böckler Stiftung (Hrsg.). Reihe: Forschungsförderung Policy Brief, Nr. 004. http://www.boeckler.de/pdf/p_fofoe_pb_004_2018.pdf [abgerufen am 20.03.2018]

GBE-Bund (2015). Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Personal in ambulanten Pflegediensten. Datenquelle: Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes 2013. (https://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid= 89466660&p_sprache=D&p_knoten=TR30000) [abgerufen am 08.05.2018]

Grüner, T., Werner, A.-C., Frerichs, F., & und Schorn, N.K. (2015). Fachlaufbahnen in der Altenpflege als soziale Innovation. In Becke, G., Bleses, P., Frerichs, F., Goldmann, M., Hinding, B., & Schweer, M. (Hrsg.), Zusammen – Arbeit – Gestalten. Soziale Innovationen in sozialen und gesundheitsbezogenen Dienstleistungen. Wiesbaden: Springer VS.

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 Ar-beitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund et al. Bremerhaven: Wissenschaftsverlag NW.

Hielscher, V. (2014). Technikeinsatz und Arbeit in der Altenpflege. Ergebnisse einer interna-tionalen Literaturrecherche (unter Mitarbeit von Richter, N.). In: iso-Report Nr. 1. Juli. Hrsg. vom Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. Saarbrücken (iso).

Hielscher, V., Nock, L., & Kirchen-Peters, S. (2015). Technikeinsatz in der Altenpflege. Potenziale und Probleme in empirischer Perspektive. Baden-Baden: edition sigma.

Hien, W. (2009). Pflegen bis 67? Die gesundheitliche Situation älterer Pflegekräfte. Frankfurt: Mabuse-Verlag.

Hülsken-Giesler, M. (2010). Technikkompetenzen in der Pflege – Anforderungen im Kontext der Etablierung neuer Technologien in der Gesundheitsversorgung. Pflege und Gesellschaft. 15. Jg., Nr. 4, S. 330-352.

Institut DGB-Index Gute Arbeit (Hrsg.) (2017). Arbeitshetze und Arbeitsintensivierung bei digitaler Arbeit. So beurteilen die Beschäftigten ihre Arbeitsbedingungen. Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfrage zum DGB-Index Gute Arbeit 2016. Berlin.

Institut DGB-Index Gute Arbeit (Hrsg.)(2016). DGB-Index Gute Arbeit. Der Report 2016. Wie die Beschäftigten die Arbeitsbedingungen in Deutschland beurteilen. Mit dem Themenschwerpunkt: Die Digitalisierung der Arbeitswelt – Eine Zwischenbilanz aus der Sicht der Beschäftigten. Berlin.

Kalkowski, P., & Mickler, O. (2002). Zwischen Emergenz und Formalisierung – Zur Projektifizierung von Organisation und Arbeit in der Informationswirtschaft. In SOFI-Mitteilungen Nr. 30, S. 119-134.

Kamin, A.-M. (2013). Beruflich Pflegende als Akteure in digital unterstützten Lernwelten. Wiesbaden: Springer.

Kannenberg-Otremba, B. (2005). Informationstechnische Bildung für die Pflege. Eine empirische Erhebung an Krankenpflegeschulen. Dissertation an der Carl von Ossietzky Universität Oldenburg – Fakultät IV Human- und Gesellschaftswissenschaften. Ms. Osnabrück. http://docserver.bis.uni-oldenburg.de/publikationen/dissertation/2006/kaninf05/kaninf05.html [abgerufen am 08.05.2018].

Koalitionsvereinbarung (2015). Vereinbarung zur Zusammenarbeit in einer Regierungskoalition für die 19. Wahlperiode der Bremischen Bürgerschaft 2015 – 2019 Sozialdemokratische Partei Deutschlands, Landesorganisation Bremen und BÜNDNIS 90 / DIE GRÜNEN, Landesverband Bremen https://landesportal.bremen.de/koalitionsvertrag [abgerufen am 05.01.2018].

Kumbruck, Ch. (2008). Neue Belastungen für Wissensarbeiter – durch Internalisierung von Flexibilitätserfordernissen in Kooperations- und Innovationsprozessen. In Becke, G. (Hrsg.), Soziale Nachhaltigkeit in flexiblen Arbeitsstrukturen. Problemfelder und arbeitspolitische Gestaltungsperspektiven (S. 185-196). Berlin: LIT Verlag.

Mayer-Ahuja, N., & Wolf, Harald (Hrsg.) (2005). Entfesselte Arbeit – neue Bindungen. Grenzen der Entgrenzung in der Medien- und Kulturindustrie. Berlin: edition sigma.

Meuser, M. & Nagel, U. (2002). ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In Bogner, A., Littig, B. & Menz, W. (Hrsg.).Das Experteninterview. Opladen: Leske & Budrich, S. 71-95.

Pongratz, H.J., & Voß, G.G. (2003): Arbeitskraftunternehmer – Erwerbsorientierungen in entgrenzten Arbeitsformen. Berlin: edition sigma.

Reichwald, R., Möslein, K., Sachenbacher, H., & Englberger, H. (2000): Telekooperation. Verteilte Arbeits- und Kooperationsformen. 2., neubearbeitete Aufl. Berlin: Springer.

Rösler, U., Schmidt, K., Merda, M. & Melzer, M. (2018). Digitalisierung in der Pflege. Wie intelligente Technologien die Arbeit professionell Pflegender verändern. Berlin: Geschäftsstelle der Initiative Neue Qualität der Arbeit. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Rothgang, H., Kalwitzki, T., Müller, R., Runte, R., & Unger, R. (2016). BARMER GEK Pflegereport 2016. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 42. Berlin: BARMER GEK.

Schaeffer, D., & Ewers, M. (2002). Ambulant vor stationär: Perspektiven für eine integrierte ambulante Pflege Schwerkranker. Bern: Huber.

Scheele, B. & Groeben, N. (1988). Dialog-Konsens-Methoden zur Rekonstruktion subjektiver Theorien. Tübingen: Franke.

Schröder, L., & Schwemmle, M. (2014). Gute Arbeit in der Crowd? In: Schröder, L., & Urban, H.-J. (Hrsg.): Jahrbuch Gute Arbeit 2014: Profile prekärer Arbeit – Arbeitspolitik von unten (S. 112-122). Frankfurt a. M.: Bund-Verlag.

Schwemmle, M., & Wedde, P. (2012). Digitale Arbeit in Deutschland. Potenziale und Problemlagen. Bonn: Friedrich-Ebert-Stiftung.

Sowinski, C., Kirchen-Peters, S., & Hielscher, V. (2013). Praxiserfahrungen zum Technikeinsatz in der Altenpflege. (Stand November 2013). Kuratorium Deutsche Altershilfe. Köln.

Statistisches Bundesamt (destatis)(2015). Pflegestatistik 2013. Deutschlandergebnisse. Hrsg. v. Statistischen Bundesamt. Wiesbaden.

Statistisches Bundesamt (destatis)(2017). Pflegestatistik 2015. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Ländervergleich – Ambulante Pflegedienste. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/LaenderAmbulantePflegedienste5224101159004.pdf;jsessionid=4683AB8DEE756DA1CEC8932BF8F14317.InternetLive2?__blob=publicationFile [abgerufen am 06.12.2017].

Theobald, H., Szebehely, M., & Preuß, M. (2013). Arbeitsbedingungen in der Altenpflege. Die Kontinuität der Berufsverläufe – ein deutsch-schwedischer Vergleich. Berlin: edition sigma.

ver.di (2014). Digitalisierung und Dienstleistungen – Perspektiven Guter Arbeit. Gewerkschaftliche Positionen. Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft. Bereich Innovation und Gute Arbeit. Berlin.

Impressum

Herausgeber

Institut Arbeit und Wirtschaft (iaw)
Universität / Arbeitnehmerkammer Bremen
Wiener Straße 9
28359 Bremen

Arbeitnehmerkammer Bremen
Bürgerstraße 1
28195 Bremen

Umschlaggestaltung
GfG / Gruppe für Gestaltung, Bremen

Titelfotos
fotolia.com / Dan Race
fotolia.com / CHW
fotolia.com / auremar
fotolia.com / Carl-Juergen Bautsch

Druck
Girzig + Gottschalk GmbH, Bremen

1. Auflage 2018
ISSN: 2195-7266

Bestellung
Institut Arbeit und Wirtschaft (iaw)
Geschäftsstelle
Telefon 0421.218-6 17 04
iaw-info@uni-bremen.de

Die Arbeitnehmerkammer Bremen vertritt als Körperschaft des öffentlichen Rechts die Interessen der im Land Bremen beschäftigten Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Um diesem gesetzlichen Auftrag auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Forschungsergebnisse umfassend gerecht zu werden, kooperiert die Arbeitnehmerkammer mit der Universität Bremen. Teil dieser Kooperation ist das Institut Arbeit und Wirtschaft (iaw), das gemeinsam von beiden Häusern getragen wird. Schwerpunkte des iaw sind die Erforschung des Strukturwandels von Arbeit, Wirtschaft und Gesellschaft, insbesondere in seinen Auswirkungen auf Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Im Rahmen dieser Reihe werden die Forschungsergebnisse, die aus der Kooperation zwischen Arbeitnehmerkammer und iaw hervorgehen, veröffentlicht.

Arbeitnehmerkammer Bremen
Bürgerstraße 1
28195 Bremen
Telefon 0421.3 63 01-0
Telefax 0421.3 63 01-89
info@arbeitnehmerkammer.de
www.arbeitnehmerkammer.de

iaw – Institut Arbeit und Wirtschaft
Universität Bremen
Wiener Straße 9
28359 Bremen
Telefon 0421.2 18-6 17 04
Telefax 0421.2 18-6 17 07
iaw-info@uni-bremen.de
www.iaw.uni-bremen.de

Digitalisierung der Arbeit in der ambulanten Pflege in Bremen: Praxis und Gestaltungsbedarfe digitaler Tourenbegleiter

Tourenpläne, Übergabeinformationen, Leistungsnachweise, Dokumentationen und mehr: Mittlerweile werden viele Aufgaben in der ambulanten Pflege mithilfe von technischen Hilfsmitteln wie Smartphones oder Tablets erledigt. Diese sogenannten digitalen Tourenbegleiter werden in immer mehr Pflegediensten eingesetzt. Sie sollen die Arbeit der Pflegedienste und Pflegekräfte erleichtern und verbessern und werden zentrales Arbeitsmittel.
Das Institut Arbeit und Wirtschaft (iaw) hat im Auftrag der Arbeitnehmerkammer Bremen untersucht, wie Führungs- und Pflegekräfte in der ambulanten Pflege die Einführung und den Einsatz digitaler Tourenbegleiter erleben. Im Mittelpunkt stand die Frage nach den Auswirkungen auf die Arbeitsqualität in Zeiten hoher Arbeitsbelastung: Wird die digitale Technik eher als eine zusätzliche Belastung oder eher als eine Hilfe eingeschätzt? Wo liegen Potenziale und Risiken?

Insbesondere wird deutlich, dass es notwendig ist, bei der weiteren Einführung und Praxis der Geräte für mehr Handlungssicherheit zu sorgen sowie technische, datenschutz- und arbeitsrechtliche Standards zu entwickeln.