

DER EUROPÄISCHE SOZIALFONDS
IN BADEN-WÜRTTEMBERG IN DER
FÖRDERPERIODE 2014-2020

INVESTITIONEN IN WACHSTUM UND
BESCHÄFTIGUNG

EVALUATIONSBERICHT ZUR
REACT-EU-FÖRDERLINIE
DIGITALE BEFÄHIGUNG IN
MEDIZIN UND AKUTPFLEGE



Chancen fördern

Chancen fördern



Chancen fördern

Chancen fördern

Chancen fördern

Chancen fördern



Chancen fördern



Chancen fördern
EUROPÄISCHER SOZIALFONDS
IN BADEN-WÜRTTEMBERG



Baden-Württemberg

MINISTERIUM FÜR SOZIALES, GESUNDHEIT UND INTEGRATION



EUROPÄISCHE UNION



Evaluationsbericht zum REACT-EU-Einzelauftrag "Digitale Befähigung in Medizin und Akutpflege" im spezifischen Ziel E 1.1

im Rahmen der Evaluierung des Operationellen Programms des Europäischen Sozialfonds in Baden-Württemberg 2014–2020

im Auftrag des Ministeriums für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg

Fassung vom 11.10.2023

Ansprechpartner:

Dr. Matthias Boll (Referatsleiter)

Telefon: 0711 123-3612

E-Mail: ESF@sm.bwl.de

Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg

Referat 45 Europa, Europäischer Sozialfonds

Else-Josenhans-Str. 6

70173 Stuttgart

ISG Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH

Weinsbergstr. 190

50825 Köln

Autor: Christian Loschelder



Inhaltsverzeichnis

Executive Summary	4
1 Einleitung	5
2 Theoretische Einordnung des Fördergegenstands.....	6
3 Methodisches Vorgehen.....	14
4 Programmlogik	15
5 Evaluationsergebnisse	20
5.1 Inputs.....	20
5.2 Aktivitäten/Maßnahmen	21
5.3 Outputs	43
5.4 Nutzen und Wirkungen der Förderung	48
6 Fazit	55
7 Literatur	60



Executive Summary

Im vorliegenden Bericht werden die zentralen Ergebnisse zur Evaluation der ESF-Förderlinie „Digitale Befähigung in Medizin und Akutpflege“ dargestellt, die über die „Aufbauhilfe für den Zusammenhalt und die Gebiete Europas“ (REACT-EU) finanziert wurde. Hiermit leistete die ESF-Verwaltungsbehörde des Landes Baden-Württemberg einen Beitrag zur Unterstützung der von der COVID-19-Pandemie besonders betroffenen Zielgruppen. Mit dem in dieser Form einmaligen Förderaufruf wurden in den Jahren 2021 und 2022 Maßnahmen zur Entwicklung von Strategien, Programmen, Angeboten u. a. zur digitalen Befähigung von Leistungserbringenden, Studierenden und Auszubildenden im Gesundheitswesen und der Akutpflege gefördert.

Der Förderaufruf war inhaltlich offen ausgerichtet. Hieraus ergab sich, dass die Trägerstruktur der Förderung und die inhaltliche Ausrichtung der insgesamt fünf geförderten Projekte heterogen war. Dementsprechend groß war das Maßnahmenspektrum. Angesichts der Projektheterogenität waren die im Zuge der Umsetzung gemachten Erfahrungen und Herausforderungen stark projektabhängig. Auch wenn viele Maßnahmen der Projekte in der Umsetzung gelungen waren, kam es bei drei der fünf Projekte zu Umsetzungsschwierigkeiten. So konnten bestimmte Maßnahmen dieser Projekte entweder nur teilweise oder gar nicht umgesetzt werden, was dazu führte, dass bewilligte Mittel nicht abgerufen wurden. Es zeigte sich, dass diese Projekte voraussetzungsvoller waren v. a. mit Blick auf Abstimmungsprozesse oder die Involvierung von Partnern. Die Umsetzungsschwierigkeiten korrespondierten zwar auch mit bekannten strukturellen Problemlagen des Gesundheitswesens, waren letztlich aber stark durch die kurze Förderlaufzeit bedingt. Das Förderziel, die digitale Befähigung der Zielgruppen, konnte projektspezifisch durchaus erreicht werden. Dies umfasste u. a. den Erwerb von relevanten Anwendungskompetenzen sowie von praxisbezogenem Basiswissen, die Verbesserung des digitalen Lernens v. a. im Hinblick auf kommunikative Fähigkeiten, die Reduzierung von Berührungängsten mit digitalen Medien sowie die Sensibilisierung für Digitalisierungspotenziale. Wirkungseffekte umgesetzter Maßnahmen auf die berufliche Situation der Teilnehmenden waren stark projekt- bzw. zielgruppenabhängig. Aufgrund ihrer Verstetigungs- und Skalierbarkeitspotenziale hatten die Projekte mindestens für die involvierten Einrichtungen eine perspektivische Relevanz, auch wenn die Folgefinanzierung der geschaffenen Angebote zum Zeitpunkt der Evaluation noch unklar blieb.

Zusammenfassend stellte diese inhaltlich ungewöhnliche ESF-Förderlinie einen begrüßenswerten und durchaus vielversprechenden Ansatz dar, dringend erforderliche und neue Impulse zur digitalen Befähigung von Leistungserbringerinnen/-erbringern im baden-württembergischen Gesundheitswesen zu setzen. Dies gilt umso mehr, weil die geförderten Zielgruppen besonders von der Pandemiesituation betroffen waren und die ausgewählten Einrichtungen die Förderung als willkommene Anschubfinanzierung nutzen konnten. Die faktischen Umsetzungsschwierigkeiten legen jedoch nahe, dass eine Fokussierung auf bestimmte abgegrenzte Einzelmaßnahmen sinnvoller gewesen wäre, gerade angesichts der kurzen Laufzeit der Förderung. Auch wenn das Förderthema inhaltlich richtigerweise im ESF verortet scheint, deutet die Evaluation darauf hin, dass es v. a. angesichts der spezifischen Thematik und des politischen Steuerungsbedarfs besser im Förderbereich der Gesundheitspolitik und -ministerien verortet ist.



1 Einleitung

Als Reaktion auf die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie hat die Europäische Union außerordentliche zusätzliche Finanzmittel zur Krisenbewältigung zur Verfügung gestellt, die sog. „Aufbauhilfe für den Zusammenhalt und die Gebiete Europas“ (REACT-EU). Hierdurch sollten in den Jahren 2021 und 2022 Maßnahmen im Rahmen der ESF-Förderung umgesetzt werden, die die von der COVID-19-Pandemie besonders betroffenen Zielgruppen unterstützen und gleichzeitig zu einer digitalen und nachhaltigen Erholung der Wirtschaft beitragen. Das Operationelle Programm (OP) des ESF in Baden-Württemberg wurde daher um eine neue Prioritätsachse E „Unterstützung der Krisenbewältigung im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie und ihrer sozialen Folgen und Vorbereitung einer grünen, digitalen und stabilen Erholung der Wirtschaft“ ergänzt, die die drei spezifischen Ziele „Digitalisierung in den Bereichen Soziales, Gesundheit und Pflege“ (E 1.1), „Bekämpfung von Armut und Ausgrenzung“ (E 1.2) sowie „Unterstützung von Beschäftigung, Wirtschaft und Kultur“ (E 1.3) umfasst.

Mit dem Rahmenauftrag zur REACT-EU-Förderung der ESF-Verwaltungsbehörde des Landes Baden-Württemberg wurden zu jedem der genannten spezifischen Ziele unterschiedliche inhaltliche Förderschwerpunkte über entsprechende Einzelaufträge adressiert. Für die tiefere Evaluierung wurden in Abstimmung mit der baden-württembergischen Verwaltungsbehörde zwei Förderlinien ausgewählt, die zentrale Aspekte der Förderung in Reaktion auf die Auswirkungen der COVID-19-Pandemie sowie die inhaltliche Ausrichtung der Förderbereiche Arbeit und Soziales sowie Wirtschaft widerspiegeln.

Der vorliegende Evaluationsbericht fokussiert hierbei einen inhaltlichen Schwerpunkt im spezifischen Ziel E 1.1, die Förderlinie „Digitale Befähigung in Medizin und Akutpflege“ (Einzelauftrag E 1.1.3). Mit dieser Förderung sollte die Zielgruppe der Leistungserbringenden aus dem medizinischen und pflegerischen Bereich unterstützt werden, die durch die Corona-Pandemie besonders beansprucht wurde. Erfahrungsgemäß wird diese Zielgruppe kaum explizit von der ESF-Förderung angesprochen. Mit dem Einzelauftrag sollte die Entwicklung von Strategien, Programmen, Angeboten u. a. zur digitalen Befähigung von Leistungserbringenden, Studierenden und Auszubildenden im Gesundheitswesen und der Akutpflege gefördert werden. Die Förderlinie richtete sich vorrangig an Leistungserbringende im Gesundheitswesen, im Bereich Pflege insbesondere an Personen aus der Akutpflege. Mögliche Zielgruppen zur Entwicklung entsprechender Lehrinhalte waren medizinische Fakultäten, Schulen für Pflege- und Gesundheitsfachberufe sowie für soziale Berufe.

Ziel des vorliegenden Berichts ist eine abschließende Bewertung der Förderlinie „Digitale Befähigung in Medizin und Akutpflege“. Aufgrund des vergleichsweise kurzen Evaluationszeitraums liegt der Schwerpunkt der Evaluierung der REACT-EU-Förderung in Baden-Württemberg besonders auf der Implementationsebene. Ergebnisse und Wirkungen der Förderung werden aber mitberücksichtigt. Der Bericht ist inhaltlich wie folgt gegliedert: Zur Kontextualisierung der Förderung erfolgt zunächst eine theoretische Einordnung des Fördergegenstandes (*Kapitel 2*). Es folgt eine kurze Beschreibung, welche Datenquellen und Methoden der Datenerhebung zum Einsatz kamen (*Kapitel 3*). Anschließend wird die im Rahmen der Evaluation entwickelte Programmlogik zur Förderung



vorgestellt (*Kapitel 4*). In *Kapitel 5* werden die zentralen Evaluationsergebnisse vorgestellt, die im Wesentlichen auf den durchgeführten qualitativen Evaluationserhebungen basieren. Der Bericht schließt mit einer Zusammenfassung der zentralen Evaluationsergebnisse sowie einer Gesamtbewertung der Förderung anhand der vorhandenen empirischen Evidenz ab (*Kapitel 6*).

2 Theoretische Einordnung des Fördergegenstands

In diesem Kapitel erfolgt eine theoretische Einordnung des Fördergegenstandes, der für den ESF ungewöhnlich ist. Angesichts dieser Besonderheit und der Komplexität des Themas fällt die Darstellung ausführlicher aus. Hierbei wird zunächst auf den aktuellen Stand der Digitalisierung des Gesundheitswesens in Deutschland geblickt sowie darauf, welche zentralen politischen Maßnahmen im Bund und im Land Baden-Württemberg hierzu in der jüngeren Vergangenheit ergriffen wurden. Abschließend wird das Thema der digitalen Befähigung und Digitalkompetenzen von Leistungserbringenden im Bereich Medizin und Pflege kurz umrissen.

Aktueller Stand der Digitalisierung des Gesundheitswesens in Deutschland

Gemeinhin werden der Digitalisierung des Gesundheitswesens vielfältige Nutzenpotenziale zugesprochen. In erster Linie werden hiermit die Erwartung und Zielsetzung verbunden, die Effizienz und Qualität der medizinischen Versorgung maßgeblich zu verbessern, gerade angesichts bestehender Herausforderungen im deutschen Gesundheitswesen, wie v. a. dem demografischen Wandel. Dies gilt gleichermaßen für Leistungserbringende, Patientinnen und Patienten sowie für die Gesamtgesellschaft, wie Dörries et al. darlegen (2017: 693f.). Für Leistungserbringende können bspw. effizientere sektorenübergreifende Kommunikationsstrukturen sowie administrative Prozesse mit Einspareffekten verbunden sein und bestimmte digitale Technologien (wie etwa klinische Entscheidungsunterstützungssysteme) u. a. durch eine schnellere und sichere Diagnosestellung die Versorgungsqualität steigern. Konkrete Nutzeneffekte der Digitalisierung für Patientinnen und Patienten sind etwa die Einsparung von Wege- und Wartezeiten sowie das „Patient Empowerment“, d. h. eine stärkere Einbindung und Partizipation im Versorgungsprozess. Gerade in ländlichen Regionen mit schlechter Gesundheitsversorgung kann die Digitalisierung zu verbesserten Kommunikationsmöglichkeiten führen (Lux/Breil 2017: 690). Die genannten Aspekte stellen sowohl für die Gesamtgesellschaft als auch die Kostenträger der privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen wichtige Rationalisierungsmöglichkeiten dar (Dörries et al.: 693f.).

Im internationalen Vergleich hinkt das deutsche Gesundheitswesen bei der Digitalisierung jedoch schon seit längerer Zeit deutlich hinterher, wie schon eine vielbeachtete Studie der Bertelsmann Stiftung (Thiel et al. 2018) zeigen konnte.¹ Viele Möglichkeiten digitaler Technologien (wie bspw.

¹ Ziel der Studie war es, Fragen hinsichtlich des Digitalisierungsgrades ausgewählter EU- und OECD-Gesundheitssysteme mit Hilfe eines im Rahmen dieser Studie erstellten Digital-Health-Index zu analysieren. Untersucht wurden insgesamt 17 Länder. Im Studienkontext herausgestellt werden sollte auch, wie Deutschland von den Erfahrungen anderer Länder lernen kann, worin die Gründe für die Verzögerungen im Digitalisierungsprozess liegen sowie welche Handlungsmöglichkeiten bestehen, um den Prozess zu beschleunigen.



Video-Sprechstunden oder Telemonitoring), die bereits in anderen Ländern in der Regelversorgung eingesetzt werden, werden in Deutschland bislang nur unzureichend oder gar nicht genutzt.²

Es bestehen unterschiedliche Erklärungsansätze, warum die Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens nicht weiter vorangeschritten ist (Lux/Breil 2017: 692ff.). Ein Aspekt ist hierbei die Komplexität des Gesundheitsmarktes, die aufgrund von bestehenden Regulierungen und Beschränkungen enorm hoch ist, „was sich durchaus innovationshemmend auswirkt, beispielsweise in Form von Marktzugangsbarrieren“ (ebd.: 692). Weitere Aspekte sind das Fehlen finanzieller Anreize, um Aufgaben zu digitalisieren, und das Erfordernis des Umdenkens der Akteure, „nicht nur das punktuelle Ergebnis ihrer medizinischen Leistung zu sehen, sondern die Effizienz und Qualität des gesamten Behandlungsprozesses aus Sicht des Patienten“ (ebd.). Nach Caumanns liegen die Probleme in der Struktur des deutschen Gesundheitswesens begründet, „das sowohl die Etablierung einer übergreifenden eHealth-Governance als auch die nachhaltige Durchsetzung von Ansätzen einer Digitalisierung faktisch unmöglich macht. Die Akteure, die eine Digitalisierung vorantreiben könnten, sind entweder zu schwach organisiert (Patienten) oder technisch nur bedingt anschlussfähig (Krankenhäuser). Durch die Fokussierung auf ambitionierte Großprojekte bei gleichzeitig essentiellen Problemen der Interoperabilität und der Governance werden pragmatische Lösungen im Kleinen blockiert und vielfältige Legitimationen für ein Nicht-Handeln geschaffen. In mobilen Gesundheits-Apps kumulieren Probleme und Lösungsansätze“ (Caumanns 2019: 22).³

Die vergleichende Länderstudie der Bertelsmann Stiftung resümiert als Handlungsempfehlungen für die deutsche Digital-Health-Politik, dass bestimmte Voraussetzungen dafür erfüllt sein müssen, um perspektivisch ein „lernendes Gesundheitssystem“ in Deutschland zu etablieren. Hierzu zählen u. a. eine auf Langfristigkeit ausgerichtete Strategie zur Digitalisierung des Gesundheitswesens, ein verbindlicher Rechtsrahmen und entsprechende Regulierungen (u. a. für Datenschutz und IT-Sicherheit), eine zuverlässige Finanzierungsbasis, die den Aufbau der digitalen Infrastruktur sowie den permanenten Unterhalt sicherstellt und ausdrücklich nicht auf Projektförderung setzt, eine entsprechend autorisierte Institution mit angemessenen Befugnissen, die übergreifend für den Aufbau, das Management und die Pflege der digitalen Gesundheitsplattform und ihrer Infrastruktur-Dienste zuständig ist, eine auf Konsens und Kooperation aufbauende vertrauensvolle Zusammenarbeit aller staatlichen und privaten Akteure des Gesundheitswesens sowie die Schaffung technischer Voraussetzungen für eine erfolgreiche Implementierung der eingesetzten IT-Systeme (Thiel et al 2018: 358ff.).

Als ein unerwarteter Treiber des Ausbaus der Digitalisierung des deutschen Gesundheitswesens gilt verschiedentlich die COVID-19-Pandemie ab Frühjahr 2020. So verweist Debatin (2021: 389)

² Auch andere jüngere Untersuchungen zur Digitalisierung bestimmter Sektoren, wie im Krankenhaussektor (Hübner et al. 2018) oder bei Einrichtungen der (teil-)stationären und ambulanten Langzeitpflege (Wolf-Ostermann et al. 2020), attestieren dem deutschen Gesundheitswesen deutlichen Nachholbedarf hinsichtlich des Digitalisierungsprozesses.

³ Es gibt verschiedene Definitionen des Begriffs „eHealth“. Gemeinhin wird hierunter der Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien zur Unterstützung der Gesundheitsversorgung und der sektorenübergreifenden Vernetzung sowie der Zugang zur Gesundheitsfürsorge und Steigerung der Gesundheitskompetenz verstanden (D`Onofrio 2022: 1450ff.). Interoperabilität bezeichnet die Fähigkeit von IT-Systemen, untereinander Informationen auszutauschen, sie kontextspezifisch zu verstehen und wiederverwenden zu können (ebd. 1455).



bspw. darauf, dass Videosprechstunden zu einer akzeptierten Norm geworden seien und Betreiber von Telemedizinplattformen von deutlich gestiegenen Wachstumsraten berichteten. Ihm zufolge hätten die positiven Erfahrungen mit den genutzten digitalen Anwendungen (v. a. Terminplattformen sowie Beratungs- und Informationsplattformen) seit diesem Zeitpunkt „zu einer Bewusstseinsveränderung geführt und damit die Akzeptanz von Digital-Health-Lösungen bei Ärzten und Patienten erheblich gestärkt“. Das Zusammenspiel aus politischem Willen sowie den Herausforderungen im Zuge der Pandemie habe letztlich zu einem Veränderungsschub im deutschen Gesundheitswesen geführt (ebd.: 390). Als Beleg dafür wird auf eine neue Untersuchung (Hofrichter 2020) verwiesen, die Deutschland im internationalen Vergleich sogar als das Land der „Hidden Digital Healthcare Champions“ sieht. Dieses Ergebnis steht somit im Kontrast zu den Ergebnissen der genannten Bertelsmann Stiftung und kann als ein erster Hinweis gewertet werden, dass sich zuletzt die Dynamik des Digitalisierungsprozesses im Gesundheitssektor verändert hat.

Maßnahmen der Digitalisierung im Gesundheitswesen

Um die digitale Transformation des deutschen Gesundheitswesens – gerade auch angesichts der beschriebenen Herausforderungen und Rahmenbedingungen – voranzutreiben, wurden in den vergangenen Jahren unterschiedliche gesetzliche Regelungen auf *Bundesebene* auf den Weg gebracht. Als besonders wichtige Meilensteine der Digitalisierung gelten hierbei v. a. das E-Health-Gesetz (2016), das Digitale-Versorgung-Gesetz (DVG, 2019) das Patientendaten-Schutz-Gesetz (PDSG, 2020), das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG, 2020) sowie das Digitale Versorgung und Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG, 2021). Das E-Health-Gesetz regelt die Einführung (digitaler) medizinischer Anwendungen und stellte erste Weichen für den Aufbau der flächendeckenden Telematikinfrastruktur (TI). Über die Telematikinfrastruktur sollen alle Akteure des Gesundheitswesens (Ärzeschaft, Therapeutinnen und Therapeuten, Krankenhäuser, Apotheken, Krankenkassen) schrittweise über verschiedene IT-Systeme vernetzt sowie eine schnelle und sichere Kommunikation ermöglicht werden. Die TI schafft die Basis für digitale Anwendungen wie elektronische Patientenakte, Notfalldatenmanagement oder Medikationsplan. In der Telematikinfrastruktur fließen Patientendaten aus unterschiedlichen Datenquellen zusammen. Hierdurch soll ein sektorenübergreifender Überblick über den Behandlungsverlauf möglich und die Qualität der medizinischen Versorgung verbessert werden.⁴

Das Digitale-Versorgung-Gesetz führte u. a. ein, dass Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) von Krankenkassen bezahlt sowie von Ärztinnen/Ärzten bzw. Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten verschrieben werden können.⁵ Das Patientendaten-Schutz-Gesetz macht digitale Angebote wie die elektronische Patientenakte (ePA) oder das E-Rezept nutzbar. Das Krankenhauszukunftsgesetz

⁴ Konkret mit dem PDSG, dem DVG sowie dem DVPMG wurden auch Regelungen zur Anbindung der Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur formuliert, so dass TI auch als zentrale Infrastruktur für eine sichere Kommunikation nicht nur in der medizinischen Versorgung, sondern auch im Bereich der Pflege etabliert wird. Eine Anbindung ist ab Juli 2025 für Pflegedienste und andere Pflegeeinrichtungen verpflichtend. Andere Akteure des Gesundheitswesens (vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Praxen, Krankenhäuser, Apotheken) mussten sich schon früher anschließen.

⁵ DiGA sind digitale Medizinprodukte (niedriger Risikoklassen), die Versicherten bspw. bei der Behandlung von Erkrankungen oder dem Ausgleich von Beeinträchtigungen bzw. auf dem Weg zu einer gesundheitsförderlichen Lebensführung unterstützen können. Konkrete Anforderungen an DiGA sind in SGB V § 33a definiert.



gesetz zielt auf Investitionen in die digitale Zukunft der Krankenhäuser, um moderne Notfallkapazitäten und Digitalisierung sowie IT-Sicherheit weiter auszubauen. Das Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz zielt auf digitale Helfer für die Pflege, den Ausbau der Telemedizin und eine moderne Vernetzung im Gesundheitswesen. U. a. können hierdurch neue Digitale Pflegeanwendungen (DiPA) von Pflegebedürftigen genutzt werden, um den eigenen Gesundheitszustand durch Übungen zu verbessern und auch um die Kommunikation mit Angehörigen und Pflegefachkräften zu verbessern.⁶

Die im März 2023 vorgelegte Digitalisierungsstrategie des Bundesgesundheitsministeriums (BMG 2023a) soll weitere handlungsanleitende Orientierung für eine gelungene digitale Transformation in der Gesundheits- und Pflegeversorgung bis Ende dieses Jahrzehnts bieten. Inhaltlich werden hierin für zentrale Handlungsfelder (Versorgungsprozesse, Datennutzung und Technologien) Zielsetzungen, strategische Leitlinien, kurz-, mittel- sowie langfristige Maßnahmen und erforderliche Rahmenbedingungen formuliert. Der Strategie folgen sollen zwei konkrete Gesetzesvorhaben, das Digital-Gesetz (DigiG) und das Gesundheitsdatennutzungsgesetz (GDNG). Mit dem Digital-Gesetz soll der Behandlungsalltag mit digitalen Lösungen verbessert werden, mit dem Gesundheitsdatennutzungsgesetz sollen Gesundheitsdaten für die Forschung erschlossen werden.⁷

Viele Maßnahmen und Strategien zur Digitalisierung des Gesundheitssektors sind somit auf Ebene des Bundes angesiedelt. Aber auch das *Land Baden-Württemberg* hat seit 2017 eine eigene Strategie zur Digitalisierung in Medizin und Pflege (SM 2017), die in die Gesamtdigitalisierungsstrategie „digital@bw“ der Landesregierung (IM 2017) eingebunden ist und vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg verantwortet wird.⁸ Durch diese Landesstrategie zum Ausbau der Digitalisierung in Medizin und Pflege soll v. a. geprüft werden, wie durch digitale Anwendungen die Gesundheitsversorgung zum Nutzen von Patientinnen und Patienten sowie pflegebedürftigen Menschen bzw. deren (pflegenden) Angehörigen verbessert werden kann. Unterstützt werden sollen dabei telemedizinische Anwendungsmodelle, die die medizinische und pflegerische Versorgung verbessern und die das Potenzial haben, dauerhaft in die (Regel-)Versorgung aufgenommen zu werden (SM 2017). Konkret sollen mit der Strategie Lösungswege gezeigt werden, wie es in Baden-Württemberg gelingen kann, die Chancen und Potenziale der digitalen Entwicklungen im Gesundheitsbereich besser zu nutzen und telemedizinische Anwendungen und alltagsunterstützende Assistenzsysteme (ambient assisted living (AAL)) in der breiten Fläche zu implementieren. Ein Ziel ist auch die Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung sowie

⁶ DiPA unterstützen dabei, um Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten von Pflegebedürftigen zu mindern oder einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit entgegenzuwirken. Konkrete Anforderungen an DiPA sind in SGB XI § 40a definiert.

⁷ Konkret soll mit dem DigiG u. a. die elektronische Patientenakte (ePA) bis Ende 2024 für alle gesetzlich Versicherten eingerichtet werden (Opt-Out) – zur Einrichtung einer zentralen Datenplattform für Gesundheitsinformationen – sowie das E-Rezept verbindlicher Standard in der Arzneimittelversorgung sowie dessen Nutzung stark vereinfacht werden (BMG 2023b). Mit dem GDND soll u. a. eine zentrale Datenzugangs- und Koordinierungsstelle aufgebaut werden, die den Zugang zu Forschungsdaten aus verschiedenen Quellen ermöglicht sowie die federführende Datenschutzaufsicht für bundesländerübergreifende Forschungsvorhaben auf alle Gesundheitsdaten erweitern wird (BMG 2023c).

⁸ Im Rahmen der initialen Gesamtdigitalisierungsstrategie digital@bw sollte in erster Linie mit Innovationsprojekten, Modellvorhaben und Maßnahmen der konkrete Nutzen moderner Digitalisierungstechnologien aufgezeigt sowie im gesellschaftlichen Diskurs erörtert werden (IM 2017). Seit dem Jahr 2016 wurden über 3,6 Milliarden Euro im Rahmen der Digitalisierungsstrategie investiert, die im Jahr 2022 als „digital.LÄND“ (IM 2022) weiterentwickelt wurde.



die Nutzung der digital erfassten Daten für die personalisierte Medizin. Konkrete Teilziele der Strategie sind bspw.

- die Etablierung eines stetigen und langfristig ausgerichteten Kommunikationsprozesses, in den alle relevanten Akteure einbezogen sind (d. h. konkret: Leistungsträger, Leistungserbringende, Patientinnen und Patienten, pflegebedürftige Menschen und deren Angehörige sowie Industrie bzw. IT-Anbieter),
- die Nutzung bestehender Plattformen (auf EU-Ebene) zur Weiterentwicklung digitaler Gesundheitsversorgung,
- die Eingrenzung von Handlungsfeldern, die für Baden-Württemberg für telemedizinische Anwendungen prioritär sind,
- sowie eine Feststellung von (Leuchtturm-)Projekten, die für eine flächenweite Ausbringung sinnvoll und geeignet sind.

Zur Umsetzung der Strategie wurde von der Landesregierung ein millionenschweres Investitionsprogramm für die Digitalisierung im Gesundheitswesen aufgelegt. Hierbei wurden verschiedene (Modellprojekt-)Förderungen v. a. in den Bereichen ambulante und stationäre Versorgung, sektorübergreifende Versorgung, (Langzeit-)Pflege, personalisierte Medizin, künstliche Intelligenz und speziell Suchterkrankungen angestoßen.⁹ Sowohl für die Abstimmung als auch die Umsetzung der Strategie spielen wichtige Akteure des baden-württembergischen Gesundheitswesens eine zentrale Rolle. Eine konkrete Einbindung erfolgt durch regelmäßige Treffen im angegliederten Expertenbeirat und auf Arbeitsebene. Grundsätzlich von Relevanz für die Förderung des Themas im Land sind Patientenvertretungen und andere Organisationen, wie u. a. die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW), die Landesärztekammer Baden-Württemberg oder die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft e.V., die breite Themenspektren bedienen und breit vernetzt sind. Eine weitere wichtige Einrichtung ist die Koordinierungsstelle Telemedizin Baden-Württemberg (KTBW), die als unabhängige, akademische Vernetzungsplattform für die verschiedenen Interessengruppen im Gesundheitswesen sowie als Katalysator digitaler Gesundheitssinnovationen und innovativer Versorgungskonzepte im Gesundheitsbereich fungiert. Sie gilt gemeinsam mit ihrer Schwesterorganisation, dem Verein DG-BW Digitale Gesundheit Baden-Württemberg e. V., als zentrale Anlaufstelle für alle Belange der digitalen Medizin im Land und vernetzt die unterschiedlichen Interessenlagen sowie Expertise im Bereich digitaler Medizin. In diesem Zusammenhang begleitet oder koordiniert die KTBW unterschiedlichste Pilot- und Verbundprojekte aus den Bereichen E-Health und Telemedizin. Die KTBW ist auch stark in die Aktivitäten des Forum Gesundheitsstandort Baden-Württemberg eingebunden. Dieses seit 2018 bestehende Forum zielt auf eine Weiterentwicklung des Gesundheitsstandorts Baden-Württemberg zum führenden Standort für medizinische Forschung, auf die Entwicklung und Herstellung medizinischer Produkte und auf eine moderne und innovative Gesundheitsversorgung. Daher fördert das Forum unterschiedliche innovative Projekte aus den Bereichen Gesundheitsforschung, -wirtschaft und -versorgung.¹⁰ Im Forum sind rd. 600 Akteurinnen und Akteure aus Krankenhäusern und

⁹ Weiterführende Informationen hierzu finden sich (zum Zeitpunkt der Berichtslegung) auf der Webseite des SM (<https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheitspflege/digitalisierung-in-medizin-und-pflege/>) und des Kompetenzzentrums für Digitalisierung in Medizin und Pflege (<https://gesundheits-wird-digital.de>).

¹⁰ Auf der Webseite des Forums (<https://www.forum-gesundheitsstandort-bw.de/projekte>) werden Projekte vorgestellt, die im Zuge der zentralen Handlungsfelder des Forums durchgeführt wurden bzw. werden.



Pflegeeinrichtungen, Krankenkassen, Forschungsinstituten und Universitäten sowie Biotech-, Pharma- und Medizintechnikunternehmen vernetzt.

Ein speziell im Pflegebereich maßgeblicher Akteur ist das Landeskompetenzzentrum für Pflege und Digitalisierung (PflegeDigital@BW), das vom Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration eingerichtet wurde. Hierbei handelt es sich um eine landesweite Anlauf-, Beratungs- und Vernetzungsstelle, die die Entwicklung, den gezielten Transfer und flächendeckenden Praxiseinsatz von sozialen und technischen Innovationen in der Pflege aktiv unterstützen soll. Einerseits fungiert das Kompetenzzentrum hierbei als Vernetzungsstelle, andererseits sensibilisiert es die Öffentlichkeit für den praktischen Nutzen digitaler Unterstützungsmöglichkeiten in der Pflege. Darüber hinaus gibt es seit 2019 mit dem Kompetenzzentrum für Digitalisierung in Medizin und Pflege, das beim Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg angesiedelt ist, eine zentrale Anlaufstelle und Informationsplattform für die Fachöffentlichkeit und Öffentlichkeit zum Thema.

Digitale Befähigung und Digitalkompetenzen von Leistungserbringenden im Gesundheitswesen

Als zentrale Gelingensbedingungen der digitalen Transformation des Gesundheitswesens gelten der Ausbau und die Weiterentwicklung digitaler Kompetenzen bzw. die digitale Befähigung von Leistungserbringenden sowie von Patientinnen und Patienten, Bürgerinnen und Bürgern (Thiel et al. 2018: 365). In Deutschland ist dieses Thema mittlerweile auch politisch hoch aufgehängt, wie sich v. a. an der Digitalisierungsstrategie des Bundesgesundheitsministeriums (BMG 2023a) sowie der Umsetzungsstrategie der Bundesregierung zur Gestaltung des digitalen Wandels zeigt (Bundesregierung 2021). Die strategische Ausrichtung zielt einerseits auf die Implementierung von Wissen durch den Aufbau umfassender Gesundheits- und Kommunikationsmaßnahmen, die verlässliche Informationen über die Vorteile der Digitalisierung sowie über die eigenverantwortliche Nutzung dieser Möglichkeiten einschließen. Andererseits zielt sie auf die Förderung digitaler Kompetenzen in Heilberufen als einen zentralen Aspekt im Kontext des deutschen Aus-, Fort- und Weiterbildungssystems.

Der aktuelle Entwicklungsstand bei Digitalkompetenzen von Leistungserbringenden im Gesundheitssektor kann allerdings aufgrund bislang mangelnder repräsentativer Studien nicht zuverlässig für Deutschland eingeschätzt werden. Ein Grundsatzpapier der Initiative *All Policies for a Healthy Europe* zu diesem Thema, verweist auf eine jüngere Befragung des Europäischen Gesundheitsparlaments (2016), der zufolge eine Mehrheit der (befragten) Fachkräfte im Gesundheits- und Pflege-sektor aus verschiedenen EU-Mitgliedstaaten bislang noch nie eine spezielle Schulung in digitalen Kompetenzen erhalten haben (APHE 2022). Dies legt die Vermutung nahe, dass hier europaweit Nachholbedarf besteht, auch weil es der Europäischen Kommission noch an einer klaren Strategie für digitale Gesundheitskompetenzen fehlt (ebd.: 3). Auf der anderen Seite schränken gerade die bekannten strukturellen Herausforderungen in Medizin und Pflege – v. a. Personalmangel, hohe Arbeitsintensität/-anforderungen und Belastungen (Gerlinger 2018) – die Möglichkeiten und Bereitschaft der Ärzteschaft und Pflegefachkräfte ein, Digitalkompetenzen zu erwerben. Aber auch darüber hinaus gibt es weitere – auch professionsspezifische – Faktoren, die die Bereitschaft zur



Technikannahme und -nutzung seitens der Leistungserbringenden einschränken. Bspw. kann digitale Technik als Kontrollinstrument oder als Instrument der Arbeitsverdichtung bewertet werden (Reichel/Reichelt 2019: 11).

Allgemein befähigen „Digitale Kompetenzen“ zum Einsatz und zur Nutzung digitaler Technologien in Arbeitsprozessen, wobei das bloße Wissen über digitale Anwendungen den Aspekt der umfassenden Handlungskompetenz – ein allgemeines Ziel beruflicher Bildung (Friese 2021: 96) – vernachlässigt (Becka et al. 2020: 2). Auch wenn sich in der Literatur unterschiedliche Begriffe für digitale Gesundheitskompetenzen etabliert haben, ist der gebräuchlichste Begriff „eHealth literacy“ (Longhini et al. 2022: 2).¹¹ Nach Norman und Skinner bezeichnet dieser das Ausmaß, in dem Personen die Fähigkeit haben, grundlegende Gesundheitsanwendungen und -informationen zu erhalten, zu verarbeiten und zu verstehen, um angemessene Gesundheitsentscheidungen zu treffen (Norman/Skinner 2006: 2). Diese Definition bezieht sich jedoch auf die Leistungsempfänger und vernachlässigt die (Perspektive der) Leistungserbringenden. Das Thema digitale (Gesundheits-)Kompetenz von Leistungserbringenden ist ein noch neues internationales Forschungsgebiet, das in den vergangenen Jahren stark gewachsen ist (Longhini et al. 2022: 2). Bislang existiert allerdings keine einheitliche Definition digitaler Kompetenzen von Leistungserbringenden im Bereich Medizin und Pflege (ebd; Friese 2021: 96). Zentrale Gründe hierfür sind die verschiedenen Sektoren (medizinischer Bereich, pflegerischer Bereich sowie andere Gesundheitsberufe), in denen noch in Ausbildung befindliche oder bereits ausgebildete Leistungserbringende eingebunden bzw. tätig sind, und deren jeweilige Rahmenbedingungen.

Welche Digitalkompetenzen. B. für den *Pflegebereich* erforderlich sind, hängt nach Reichel und Reichel von mehreren Faktoren ab, v. a. dem Segment (d. h. Versorgungsart: stationär, teilstationär, ambulant, ambulant-häuslich), in dem eine Pflegefachkraft tätig ist, von der technischen Ausstattung der Arbeitsplätze, von Unterschieden zwischen individuellen IT-bezogenen Kompetenzprofilen, vom pflegerischen Fachbereich (allgemeine Pflege, Alten- oder (Kinder-)Krankenpflege) und der Qualifikations- bzw. Verantwortungsstufe (Reichel/Reichel 2019: 3). In der Literatur gibt es unterschiedliche Vorschläge zum Erwerb digitaler Kompetenzen. Für den Pflegebereich identifizieren bspw. Becka et al. (2020: 8ff.) drei spezifische Kompetenzbereiche – Kernkompetenzen, spezialisierte Kompetenzen und reflektive Kompetenzen – die aufeinander aufbauen.¹² Zu den Kernkompetenzen zählen Überblicks- und Regelwissen zu digitalen Technologien („digital literacy“), Bediener- und Anwenderkompetenz über den praktischen Einsatz von Hard- und Software (ebd.: 8ff.). Spezialisierte Kompetenzen betreffen v. a. Datenmanagement sowie analytische Kompetenzen, die mit Hilfe der Datenanalyse Diagnostik und Entscheidungsfindungen ermöglichen und somit zur Wissensgenerierung befähigen. Reflexive Kompetenzen beschreiben ethisch-reflexive sowie sozialkommunikative Kompetenzen.

¹¹ Oder auch „digital health literacy“.

¹² Aufschlussreiche Ansätze und Empfehlungen für den Pflegebereich finden sich bspw. auch bei Hübner et al 2017 und Teliops et al. 2022.



Letztere zielen darauf ab, die ethischen Folgen der Digitalisierung in der Gesundheitsversorgung einschätzen zu können und die pflegespezifischen Interessen und Wertvorstellungen mit der Einführung und Nutzung digitaler Technologien abgleichen zu können (ebd.: 9).

Seit der Reform des Pflegeberufsgesetzes im Jahr 2017 ist es möglich, die neuen Anforderungen des Einsatzes digitaler Technologien an Bildungseinrichtungen für Pflegeberufe im Rahmenplan aufzugreifen (Hoffstetter et al. 2022: 892).¹³ Hierzu zählen die Vermittlung des Umgangs mit elektronischer Dokumentation, Robotik, Telemedizin bzw. Telepflege, Kompetenzanforderungen und Rollenverständnisse sowie die Aufgabe, in interprofessionellen Teams zusammenzuarbeiten (ebd.). In einer Vergleichsanalyse der Rahmenpläne von Bund und Bundesländern hat sich gezeigt, dass nur sechs Bundesländer (zu denen u. a. Baden-Württemberg zählt) individuelle Rahmenpläne entwickelt haben und die Mehrheit der Länder den Bundesrahmenplan verwendet haben, „der nur geringfügig auf den Erwerb digitaler Kompetenzen eingeht“ (ebd.: 893). Zwar wurden in den bundeslandspezifischen Rahmenplänen digitale Lerninhalte aufgegriffen, eine „methodisch-didaktische Verankerung“ zur digitalen Befähigung konnte aber in keinem der Rahmenpläne beobachtet werden (ebd.: 897). Den Autoren der Studie zufolge, müsse der Aspekt der digitalen Befähigung aber systematisch in die Ausbildungscurricula integriert werden.

Auch im *medizinischen Bereich* gibt es unterschiedliche Ansätze und Vorschläge zur digitalen Befähigung von Leistungserbringenden, auch wenn aktuell noch nicht geklärt ist, welche konkreten (digitalen) Kompetenzen für die Ärzteschaft von Relevanz sind und wie diese gelehrt werden können (Kuhn et al. 2018: 368). Speziell im Ausbildungskontext hat der Wissenschaftsrat im Hinblick auf den „Masterplan Medizinstudium 2020“¹⁴ die Empfehlung ausgesprochen, Digitalisierung als zentrales Thema in die medizinische Ausbildung zu integrieren, bei der zwischen der Digitalisierung von Lehrinhalten und Digitalkompetenzen als Lehrinhalt unterschieden werden muss (Aulenkamp et al. 2020: 8).¹⁵ Für die humanmedizinische Ausbildung in Deutschland konnten Aulenkamp et al. stichprobenhaft zeigen, dass bereits mehrere medizinische Fakultäten das Thema digitale Kompetenzen mit entsprechenden – in Umfang und Ausgestaltung unterschiedlichen – Lehrveranstaltungen zwar aufgegriffen haben, vornehmlich aber im Wahlpflichtbereich, worüber häufig nur ein kleiner Teil der Studierenden erreicht wird (ebd.: 9). Inhaltlich wurde hierüber meistens ein allgemeiner Überblick über digitale Trends im Gesundheitswesen (z. B. digitale Gesundheitsanwendungen, Robotik, neue Versorgungsmodelle) gegeben, überdies wurden teilweise

¹³ Die seit August 2019 zur Verfügung stehenden bundeseinheitlichen Rahmenpläne wurden im Zuge der Pflegeberufereform erarbeitet und stellen zusammen mit der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (PflAPrV) eine bundesweit gültige Grundlage für die Entwicklung schulinterner Curricula und einrichtungsspezifischer Ausbildungspläne dar (BIBB 2020). Sie umfassen einen Begründungsrahmen, einen Rahmenlehrplan für den theoretischen und praktischen Unterricht sowie einen Rahmenausbildungsplan für die praktische Pflegeausbildung.

¹⁴ Das 2017 beschlossene Reformpapier „Masterplan Medizinstudium 2020“ sieht umfassendere Veränderungen bei der Studienstruktur und den Ausbildungsinhalten des Medizinstudiums in Deutschland vor (nähere Informationen finden sich auf der BMBF-Webseite: <https://www.bmbf.de/bmbf/shareddocs/kurzmeldungen/de/masterplan-medizinstudium-2020.html>).

¹⁵ Gleichzeitig gibt es aber im Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) bislang kaum Lernziele, die Digitalkompetenzen zuzuordnen sind (Aulenkamp et al. 2020: 8). Im NKLM werden Kompetenzen definiert, die sich am Berufsbild des Arztes/der Ärztin orientieren und mit Abschluss des Medizinstudiums vorliegen sollen.



auch ethische und rechtliche Themen behandelt. Nach Einschätzung der Autoren steht der relativ geringe Stellenwert dieser Lehrveranstaltungen „im Kontrast zur Veränderung der Versorgungsrealität durch die Digitalisierung, auf die Studierende über Grundlagenwissen bis zur Entwicklung eigener Haltung vorbereitet werden sollten“ (ebd.: 10).

Zusammenfassend zeigen sich an den beschriebenen Aspekten die Komplexität und Abhängigkeiten sowie die hiermit verbundenen Herausforderungen einer flächendeckenden Einführung von Digitalkompetenzen für Leistungserbringende des Gesundheitswesens. Eine maßgebliche Schwierigkeit scheint v. a. im Hinblick auf das Verständnis der digitalen Befähigung und die Relevanz konkreter Digitalkompetenzen zu bestehen. Beides ist offenkundig stark geprägt durch sektorenspezifische Unterschiede sowie einschränkende strukturelle, gesetzliche, professions- und ausbildungsspezifische Rahmenbedingungen. Der in diesem Kapitel skizzierte Status quo deutet darauf hin, dass noch keine umfassendere Umsetzungsstrategie auf nationaler oder gar europäischer Ebene zu bestehen scheint, auch wenn die Thematik mittlerweile eine gewisse politische Relevanz hat.

3 Methodisches Vorgehen

Die Evaluierung der mit REACT-EU-Mitteln geförderten Förderlinie startete im Frühjahr 2022 und endete im Sommer 2023. Es kamen qualitative und quantitative Evaluierungsinstrumente zum Einsatz. Die Datenquellen sowie die angewandten Erhebungsmethoden werden nachfolgend kurz dargestellt.

Einleitend wurde ein Interview mit der Verwaltungsbehörde sowie dem Fachreferat im Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg geführt, das für die ambulante Versorgung und Digitalisierung im Gesundheitswesen des Landes verantwortlich ist. Das Fachreferat war bei der Bewertung der REACT-EU-Anträge zum Förderprogramm involviert. Weitere Expertinnen-/Experteninterviews erfolgten mit Ansprechpersonen des Landeskompentzzentrums für Pflege und Digitalisierung *PflegeDigital@BW* (vgl. *Kapitel 2*), das zwar nicht direkt in die Förderung eingebunden war, aber gewisse Bezüge zu einzelnen Förderprojekten hatte.

Die Monitoringdaten der L-Bank zum materiellen und finanziellen Umsetzungsstand sowie förderrelevante Dokumente (Operationelles Programm, Förderaufruf, Projektanträge, Sachberichte zu geförderten Projekten) zählen zu den Sekundärdaten, die nicht direkt vom Institut für Sozialforschung und Gesellschaftspolitik GmbH erhoben worden sind. Sie dienten zur initialen Einordnung und Bewertung sowie zur Erstellung einer Programmlogik der Förderung (*Kapitel 4*).

Angesichts der inhaltlichen Heterogenität der geförderten Projekte lag der Schwerpunkt der Evaluierung der Förderlinie „Digitale Befähigung in Medizin und Akutpflege“ auf Fallstudien. Fallstudien stellen eine Forschungsstrategie dar, die auf Basis vordefinierter Erkenntnisinteressen den Anspruch einer möglichst umfassenden Betrachtung des Untersuchungsgegenstands hat (Ridder 2016; Yin 2014). Anhand von Fallstudien lassen sich detaillierte Informationen über vorab nach gewissen Kriterien selektierte Fälle gewinnen und vertiefende Kenntnisse über die Umsetzung sowie zugrunde liegende Wirkungsmechanismen, z. B. einer Verbesserung der Erwerbssituation von



Frauen, erlangen. Bei einem Mehrfallstudien-Design – im Rahmen der Evaluierung wurden insgesamt fünf Fallstudien bei den geförderten Projekten durchgeführt – können zudem Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den analysierten Fällen herausgearbeitet werden. Relevante Fallstudienakteure waren die Leitungen und Umsetzende sowie nach Möglichkeit in Abstimmung mit den jeweiligen Projektleitungen ausgewählte Kooperationspartner und Teilnehmende der geförderten Projekte. Im Herbst/Winter 2022 wurden im Rahmen der fünf Fallstudien insgesamt 20 Interviews geführt. Das Erkenntnisinteresse der Fallstudien lag auf Aspekten der Umsetzung (u. a. umgesetzte Maßnahmen, adressierte Zielgruppen, positive/negative Erfahrungen mit der Umsetzung), auf Kooperationen sowie erzielten Ergebnissen im Rahmen der einzelnen Projekte. Alle im Rahmen der Fallstudien durchgeführten Interviews wurden transkribiert und inhaltsanalytisch zu jeweils einem anonymisierten Gesamtbericht zusammengefasst.

Darüber hinaus wurden Teilnehmende der geförderten Projekte standardisiert befragt, um eine breite Bewertung kurz- bis mittelfristiger individueller Ergebnisse zu gewährleisten. Konkret gefragt wurde v. a. nach Aspekten der Wirksamkeit der in Anspruch genommenen Angebote (u. a. danach, inwiefern das wahrgenommene Projektangebot die berufsbezogene Digitalkompetenz verbessert hat oder inwiefern sich die wahrgenommenen Angebote im Hinblick auf die eigene digitale Befähigung und Kompetenzentwicklung bewährt haben). Infolge von Verzögerungen beim Teilnehmenden-Monitoring konnte die Onlinebefragung erst im Juni/Juli 2023 durchgeführt werden. Insgesamt wurden hierbei 271 Personen angeschrieben, die an einem der geförderten Projekte bis zum Ende teilgenommen hatten. Wichtig anzumerken ist, dass nur Teilnehmende von drei der fünf geförderten Projekte kontaktiert werden konnten, da zu zwei Projekten keine Kontaktdaten von Teilnehmenden vorlagen. Zudem gab es ein deutliches Ungleichgewicht hinsichtlich der Anzahl potenzieller Befragter zwischen den drei Projekten.¹⁶ Abzüglich der nicht erreichbaren Teilnehmenden ergab sich eine bereinigte Bruttostichprobe von insgesamt 247 Personen. Davon antworteten insgesamt lediglich 40 Personen, überwiegend aus dem Projekt mit den vergleichsweise meisten Projekteintritten. Dies entspricht einer Gesamtrücklaufquote von 16,2 Prozent. Die Aussagekraft der Befragungsergebnisse ist somit eingeschränkt. Abbildbar sind hierüber nur nicht-repräsentative, teilweise aber in Kombination mit Erkenntnissen der Fallstudien plausibilisierbare Tendenzen.

4 Programmlogik

In der (zum Berichtszeitpunkt formal noch nicht abgeschlossenen) ESF-Förderperiode 2014-2020 ist verordnungsseitig vorgesehen, dass die Evaluation noch stärker als zuvor auf die Ergebnisse der einzelnen Förderaktionen achtet (vgl. VO (EU) 1303/2013). Deswegen kommt der Bewertung von Wirkungen in dieser Förderperiode eine größere Bedeutung zu. Bei Wirkungsevaluierungen liegt der Fokus auf den erreichten Veränderungen unter Berücksichtigung der Zusammenhänge, die im Rahmen von Implementationsstudien festgestellt wurden. Somit werden Umsetzung und Wirkung des Programms nicht separat voneinander, sondern im Verhältnis zueinander analysiert.

¹⁶ Während bei zwei Projekten die Kontaktdaten (fast) aller eingetretenen Teilnehmenden vorlagen, lag der Anteil bei einem Projekt nur bei unter 10 Prozent.



Die konzeptionelle Basis für die Bewertung eines Förderprogramms stellt die Programmlogik dar (vgl. *Abbildung 1*). Eine Programmlogik ist Kern von sog. theoriebasierten Wirkungsevaluationen. Erkenntnisleitend sind dabei die grundlegenden Fragen, warum, wie und für wen die Intervention (nicht) wirkt und welche spezifischen Bedingungen den (Nicht-)Erfolg der Intervention beeinflussen. Mithilfe einer Programmlogik wird der Evaluationsgegenstand präzisiert und hinsichtlich formulierter Zielsetzungen und unterstellter Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge in logisch aufeinanderfolgende Phasen eingeteilt. Dabei werden hier – in Anlehnung an die W. K. Kellogg Foundation (2004) – folgende fünf Phasen unterschieden: Erstens die für die Förderung bereitgestellten Ressourcen bzw. Inputs, zweitens die mit den Inputs realisierten Förderaktivitäten bzw. -maßnahmen, drittens die unmittelbar bzw. noch während der Umsetzung produzierten Outputs der Förderung, viertens die kurz- bis mittelfristig identifizierbaren Ergebnisse bzw. Outcomes sowie fünftens die ggf. langfristig durch die Förderung angestoßenen (strukturellen) Impacts.

Angenommen wird hierbei, dass der Erfolg einer Intervention von den jeweils vorgelagerten Phasen abhängig ist. Nur mit einem tiefen Verständnis der Umsetzungsebene lassen sich Nutzen- und Wirkungsaspekte einer Förderung sinnvoll einordnen und bewerten. Während Veränderungen in der Output- und Outcome-Phase noch vergleichsweise gut auf die Interventionen zurückgeführt werden können, lassen sich langfristige Veränderungen – sofern sie überhaupt beobachtbar sind – zumeist nur noch indizienhaft durch die Förderung in einen kausalen Zusammenhang bringen.¹⁷ Im Rahmen der Evaluation wurden jeder Phase Informationen aus primär erhobenen und sekundär bezogenen Daten zugeordnet, um die Effekte der Förderung möglichst stichhaltig abbilden zu können. Bei der Analyse der Inputs, Maßnahmen und Outputs sind Fragen zur Umsetzung der Förderung vordergründig (Umsetzungsebene). Outcomes und Impacts betreffen dagegen insbesondere Fragen zum Nutzen und zur Wirksamkeit der Förderung (Nutzen- und Wirkungsebene). Dieser Ansatz führt überwiegend zu einer qualitativen Schätzung der Wirkungen (Chen 2005).

Umsetzungsebene

Inputs/Ressourcen

Auf der Inputebene sind die für die Förderung geplanten finanziellen Mittel zu erwähnen, die als Voraussetzung für die Gestaltung und Reichweite des Förderprogramms zu werten sind. Gemäß Rahmenaufruf zur REACT-EU-Förderung in Baden-Württemberg wurden zum Zeitpunkt der Antragstellung Mittel der ersten REACT-EU-Tranche für Projekte mit einer Laufzeit ab Anfang Juni 2021 bis Ende Dezember 2022 bewilligt. Diese beliefen sich für das Förderprogramm auf insgesamt 3,1 Mio. Euro. Hierbei konnten Projekte mit bis zu 100 Prozent aus REACT-EU-Mitteln gefördert werden.

¹⁷ Grundsätzlich stellt der Nachweis langfristiger Wirkungen von Förderungen auf systemischer Ebene eine große Herausforderung dar, da gesellschaftlicher Wandel das Ergebnis des Zusammenspiels einer Vielzahl komplexer Faktoren ist, zu denen neben sozialen Bewegungen, Infrastrukturen oder Gesetzen auch neue Denk- und Handlungsweisen gezählt werden können (Murray et al. 2010: 13). Grundsätzlich schwierig ist die Klärung der Frage, ob die gefundenen Wirkungen auch der angedachten Bezugsaktivität ursächlich zugerechnet werden kann, da auch ganz andere Faktoren für die gemessenen Wirkungen verantwortlich sein könnten. Zudem erschweren häufig erst längerfristig auftretende Wirkungen den kausalen Rückbezug auf konkrete Aktivitäten (Schmitz 2016: 39).



Förderfähig waren direkte Personalausgaben, die aufgrund eines Arbeitsvertrags vergütet werden (bis maximal 92.000 Euro pro Jahr und Vollzeitstelle). Auf die Summe der förderfähigen direkten Personalausgaben wurde ein Aufschlag von 40 Prozent zur Deckung der Restkosten des Projekts gewährt (sog. Restkostenpauschale). Honorare für freiberufliche Beratende waren bis zu einem Tagessatz von 800 Euro zuschussfähig.

Eine zentrale Frage auf Ebene der Inputs war, welche Rolle die REACT-Förderung für die Umsetzung der Projekte spielte.

Aktivitäten

Angesichts der Komplexität des Themas wurde bewusst eine hohe thematische Breite der Förderung angestrebt. Im Förderaufruf wurden mögliche Projektinhalte aufgeführt, etwa innovative Methoden zur Vermittlung von Digitalisierung und Implementierung digitaler Abläufe/Technologien in den beruflichen Alltag, wie z. B. (digitale) Showrooms oder Digital Health Labs¹⁸, weitere barrierearme Beratungs- und Unterstützungsleistungen im Umgang mit digitalen Anwendungen, die Entwicklung von individuellen digitalen (Qualifizierungs-)Konzepten für medizinische Fakultäten, Schulen für Gesundheits- und Pflegeberufe sowie für soziale Berufe (bei Bedarf wurde die Anschaffung technischer Geräte zum Aufbau eines oder mehrerer Showrooms erwartet). Angesichts dieser Vorgaben war von einer hohen inhaltlichen Heterogenität der geförderten Projekte auszugehen.

Um einen möglichst breiten potenziellen Adressatenkreis zu erreichen, wurden hinsichtlich der Antragsberechtigung ebenfalls nur exemplarische Angaben im Förderaufruf gemacht. Antragstellende konnten etwa Einrichtungen auf Ebene der Selbstverwaltung (wie Heilberufe-Kammern, Kassenärztliche Vereinigung etc.) in Verbindung mit einer Hochschule sein. Im Bereich der Schulen für Gesundheits- und Pflegeberufe sowie soziale Berufe waren vorrangig die Schulträger angesprochen. Überdies wurden auch Kooperationen positiv hervorgehoben.

Zentrale forschungsleitende Fragen auf Implementationsebene zielten darauf, durch wen die Förderung umgesetzt wurde, welche Angebote gemacht und welche Ansätze hierbei verfolgt wurden, welches Verständnis von „Digitalkompetenz“ den Angeboten zugrunde lag sowie welche Erfahrungen im Zuge der Umsetzung gemacht wurden, ggf. auch mit relevanten Partnern.

Outputs

Auf Ebene der Outputs wurden die unmittelbar während der Umsetzung identifizierbaren Resultate der Förderung betrachtet. Sie wurden in der ESF-Indikatorik primär anhand der Erreichung der Förderzielgruppe abgebildet. Dies waren in erster Linie Berufstätige, Lehrende, Studierende und Auszubildende in Medizin und Pflege- und Gesundheitsfachberufen sowie sozialen Berufen, darüber hinaus medizinische Fakultäten, Schulen für Pflege- und Gesundheitsfachberufe sowie für soziale Berufe. Aufgrund der erwartbaren thematischen Breite der Förderung konnte vermutet werden, dass stark projektabhängig ist, welche (Teil-)Zielgruppen gefördert wurden.

Zur Überwachung des Förderfortschritts wurde jeweils ein Outputindikator (CV31: Bei der Bekämpfung oder Milderung von Auswirkungen von COVID-19 unterstützte Teilnehmende) und ein Er-

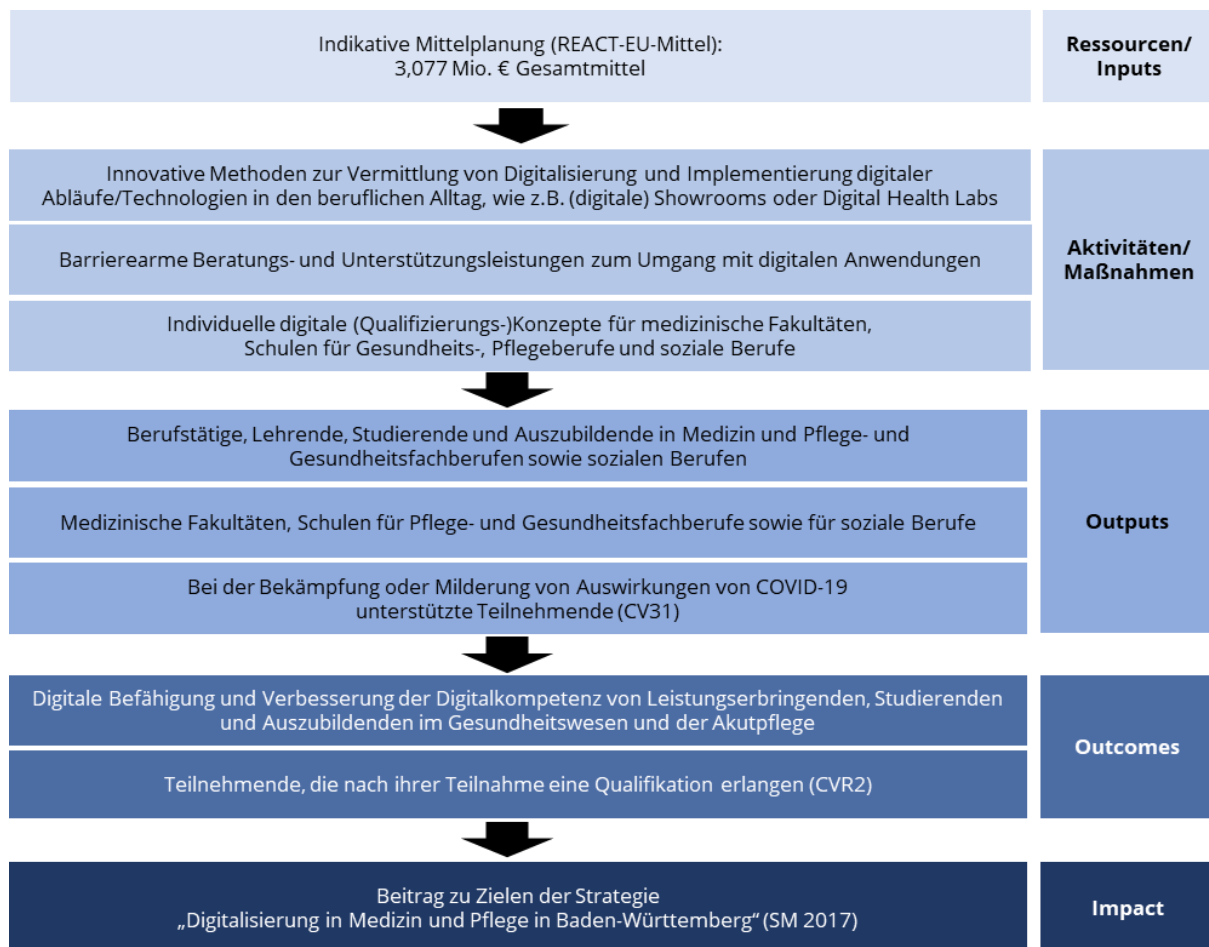
¹⁸ Ein Digital Health Lab ist ein Lehr- und Forschungslabor an der Schnittstelle von Gesundheit und digitalen Technologien.



gebnisindikator (CVR2: Teilnehmende, die nach ihrer Teilnahme eine Qualifikation erlangen) definiert. Die jeweiligen Zielwerte galten jedoch übergreifend für REACT-Förderlinien/-programme, so dass diese spezifische Förderung nur anteilig hierzu beitrug.

Evaluationsleitende Fragen waren daher, welche spezifischen Zielgruppen innerhalb der Gruppe der Leistungserbringenden im Gesundheitswesen faktisch mit der Förderung angesprochen bzw. erreicht wurden und auf welchem Wege dies erfolgte sowie welche Herausforderungen im Zuge der Zielgruppenenerreichung bestanden haben.

Abbildung 1: Programmlogik der Förderung



Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an W. K. Kellogg Foundation (2004). Förderdokumente SM Baden-Württemberg. Interviews mit Expertinnen und Experten der Förderung.

Nutzen- und Wirkungsebene

Outcomes

Auf Ebene der Outcomes werden (unmittelbare) Veränderungen und Ziele betrachtet, die sich für die Teilnehmenden durch die Förderung ergeben bspw. hinsichtlich des Erwerbsstatus, des Wissens, der Kompetenzen, der Einstellungen oder des Verhaltens. Konkret zielt die Förderung auf die digitale Befähigung und Verbesserung der Digitalkompetenz von Leistungserbringenden, Studierenden und Auszubildenden im Gesundheitswesen und der Akutpflege und hiermit verbunden auf



einen Abbau von Ängsten und eine Stärkung der Offenheit für digitale Möglichkeiten dieser Zielgruppen.

Zentrale Fragestellungen in diesem Kontext fokussierten darauf, welche konkreten Ergebnisse bei den Teilnehmenden mit der Förderung erzielt werden konnten und welche Auswirkungen die in Anspruch genommenen Angebote auf die berufliche Praxis der Teilnehmenden hatten.

Impacts

Auf der Impactebene werden schließlich die längerfristigen Effekte einer Förderung hinsichtlich struktureller Zielsetzungen betrachtet. So soll die Förderung einen Beitrag zu den Zielen der Strategie „Digitalisierung in Medizin und Pflege in Baden-Württemberg“ (SM 2017) leisten, die das Ministerium für Soziales, Gesundheit und Integration Baden-Württemberg (SM) als Beitrag zur Gesamtdigitalisierungsstrategie („digital@bw“) des Landes entwickelt hat.¹⁹ Beim Übergang von den Outcomes zu den Impacts spielt auch die Verstetigung der geförderten Maßnahmen eine Rolle, worauf im Evaluationsbericht ebenfalls eingegangen wird.

Forschungsleitende Fragen auf Ebene der Impacts waren, welche Möglichkeiten bestehen, geförderte Inhalte weiter einzusetzen bzw. diese auszuweiten und welche Handlungsfelder im Bereich Digitalisierung von Medizin und Pflege auch über die unmittelbaren Auswirkungen der COVID-19-Pandemie perspektivisch von Relevanz sind.

¹⁹ Die initiale Gesamtdigitalisierungsstrategie digital@bw zielte darauf, mit Innovationsprojekten, Modellvorhaben und Maßnahmen den konkreten Nutzen moderner Digitalisierungstechnologien aufzuzeigen und im gesellschaftlichen Diskurs zu erörtern (IM 2017). Seit dem Jahr 2016 wurden über 3,6 Milliarden Euro im Rahmen der Digitalisierungsstrategie investiert, die im Jahr 2022 als „digital.LÄND“ weiterentwickelt wurde (IM 2022).



5 Evaluationsergebnisse

In diesem Kapitel werden die zentralen Ergebnisse der Evaluationserhebungen zusammengefasst dargestellt. Hierdurch soll ein umfassendes Bild über die Umsetzung, Herausforderungen und Resultate der Förderung möglich sein. Maßgebliche Analysebasis sind die durchgeführten Fallstudien (vgl. *Kapitel 3*). Die Gliederung des Kapitels orientiert sich an der vorgestellten Programmlogik (vgl. *Kapitel 4*). Vorgestellt werden hierbei zum einen zentrale Umsetzungsaspekte (*Kapitel 5.1* bis *Kapitel 5.3*) und zum anderen eine Einordnung der Nutzen- und Wirkungseffekte der Förderung (*Kapitel 5.4*).

Mit den Aspekten der Inputs, der umgesetzten Aktivitäten sowie Outputs wird die Implementationsebene der Förderung in Augenschein genommen. In diesem Zusammenhang erfolgt im Zuge der Diskussion der Inputs (*Kapitel 5.1*) eine kurze Beschreibung, in welchem Umfang Fördermittel zur Verfügung standen, welche Bedeutung der Förderung von den Projektträgern beigemessen wurde und welche alternativen Finanzierungsmöglichkeiten in Aussicht gestanden hätten. *Kapitel 5.2* blickt auf die Aktivitäten der Förderung, d. h. auf die Fragen, welche Projekte konkret umgesetzt wurden und durch wen. Relevante Aspekte der Analyse sind umgesetzte Maßnahmen, die Rolle von Kooperationspartnern im Rahmen der Umsetzung, das den Projekten zugrunde liegende Verständnis von Digitalkompetenz und positive oder negative Erfahrungen im Rahmen der Umsetzung. Die Umsetzungsanalyse schließt mit einer Betrachtung der Outputs der Förderung (*Kapitel 5.3*). Hierbei wird näher betrachtet, in welchem Umfang Teilnehmende erreicht werden konnten und welche Herausforderungen im Hinblick auf die Erreichbarkeit der Zielgruppen bestanden. *Kapitel 5.4* fasst abschließend die zentralen Ergebnisse zu (unmittelbaren) Veränderungen und Zielen für die Teilnehmenden sowie zu Aspekten der Verstetigung und (möglichen) längerfristigen Wirkungen der Förderung zusammen.

5.1 Inputs

Für die Umsetzung der Förderung wurden 3,078 Mio. Euro REACT-EU-Mittel eingeplant. Dies entsprach rd. 3 Prozent der im Operationellen Programm vorgesehenen Fördermittel für die REACT-EU-Prioritätsachse E und 18 Prozent der für das spezifische Ziel „Digitalisierung in den Bereichen Soziales, Gesundheit und Pflege“ (E.1.1) vorgesehenen REACT-Mittel.²⁰

Für die Umsetzung der Projekte waren die Fördermittel über REACT-EU maßgeblich, dies zeigen die durchgeführten Fallstudien. Die interviewten Projektleitungen aller fünf Träger bewerteten die REACT-Förderung grundsätzlich sehr positiv. Besonders hervorgehoben wurde, dass die Projekte mit bis zu 100 Prozent aus REACT-EU-Mitteln gefördert werden konnten, was so auch für alle Projekte erfolgte. Neben der Finanzierung von Personal- und Sachkosten ermöglichte die ESF-Förde-

²⁰ Der Anteil dieses spezifischen Ziels (E 1.1) an den REACT-EU-Gesamtmitteln lag bei 15 Prozent. Demgegenüber lag der Anteil an den Gesamtmitteln im spezifischen Ziel „E1.2 Bekämpfung von Armut und Ausgrenzung“ bei rd. 36 Prozent und im spezifischen Ziel „E.1.3 Unterstützung von Beschäftigung, Wirtschaft und Kultur“ bei rd. 49 Prozent. In diesen beiden spezifischen Zielen wurden im Vergleich zum spezifischen Ziel E 1.1 mehr Förderlinien umgesetzt.



Die Umsetzung von Neukonzeptionen bestehender Ideen sowie „neuer Organisationsentwicklungs- und Lenkungsmöglichkeiten“ speziell im Gesundheits- und Pflegebereich – diese Einschätzung erfolgte auch durch ESF-unerfahrene Projektträger. Für die Leitung eines geförderten Projektes, dessen Entwicklung als voraussetzungsvoll beschrieben wird, wäre eine Umsetzung ohne finanzielle Förderung nicht möglich gewesen, insbesondere nicht durch assoziierte Einrichtungen (wie Krankenhäuser oder Pflegeeinrichtungen). Die im Zuge dieses Projekts entwickelten Produkte und Dienstleistungen, das Qualitätsmanagement und die interne Evaluierung wurden als aufwändig und kostenintensiv beschrieben. Einer Projektleitung zufolge, habe die Förderung auch über die schwierige Zeit in den pandemiebedingten Lockdown-Phasen besonders im Jahr 2020 hinweggeholfen, da zeitweise für das relevante Weiterbildungsgeschäft des Trägers keine Einnahmen generiert worden seien. Hierdurch hätten Teilnahmegebühren stark reduziert werden können. Durch die Möglichkeit, bestehende (Weiterbildungs-)Maßnahmen um digitale Bestandteile auszuweiten, habe überdies das Angebot des Trägers an Attraktivität gewonnen.

Verschiedentlich wurde aber auch auf alternative Finanzierungsmöglichkeiten verwiesen. Dem interviewten, bundesweit agierenden Sachverständigen für digitale Medizin und digitale Transformation der Gesundheitsversorgung zufolge, der operativ in einem geförderten Projekt involviert war, spiele das Thema digitale Kompetenzen im Gesundheitssektor zwar eine zunehmend wichtige Rolle bei Fördergebern und im Rahmen von politischen Strategien aus nationaler Ebene (vgl. auch Kapitel 2) - wie etwa im letzten Sachverständigen Gutachten zum Thema Digitalisierung der Gesundheitsversorgung ersichtlich - allerdings liege der Fokus dieser Förderungen gegenwärtig auf anderen Digitalisierungsaspekten.²¹ Verschiedenen Projektleitungen zufolge gebe es zudem keinen flächendeckenden und bundesweiten Förderansatz, sondern es würde „immer in Berufsgruppen gedacht“, wie eine interviewte Leitung zusammenfasste. Im Bundesländervergleich sei Baden-Württemberg aber eines der Bundesländer, welches es nicht nur bei „Lippenbekenntnissen“ belasse, sondern konkrete Finanzierungsmöglichkeiten unterbreite (vgl. ebenfalls Kapitel 2). Als weitere Fördermittelgeber wurden unterschiedliche Stiftungen von den Interviewten genannt. Vereinzelt wurde von den Projektleitungen auch auf Fundraising verwiesen.

5.2 Aktivitäten/Maßnahmen

Für die Auswahl der Projekte gab es zentrale Kriterien, die standardisiert bewertet wurden. Beurteilt werden sollte, wie erfolgsversprechend das inhaltliche Konzept eines Projekts ist, in welcher Weise die Zielgruppe angesprochen und ob ein innovativer Ansatz verfolgt wird. Auch eine Einschätzung darüber, wie konkret und realistisch die selbstgesetzten Ziele eines Projekts wirken, sollte erfolgen. Zum methodischen Vorgehen im Projekt sollte die Arbeits- und Zeitplanung bewertet werden. Von Relevanz war zudem die Einschätzung der Anschlussfähigkeit bzw. wie übertragbar ein Projekt ist. Insbesondere der Aspekt der Nachhaltigkeit bzw. der Schaffung von nachhaltig

²¹ Konkret genannte Förderprogramme sind etwa das EU-Programm „Digitales Europa“ (DIGITAL), das sich auf die Bereitstellung digitaler Technologien für Unternehmen, Bürger und öffentliche Verwaltungen konzentriert oder die BMBF-Programme „KMU-innovativ: Medizintechnik“ und „KMU-innovativ: Interaktive Technologien für Gesundheit und Lebensqualität“, das BMWK-Programm „Zentrales Innovationsprogramm Mittelstand (ZIM)“, über das Zuschüsse für Forschungs- und Entwicklungsprojekte für KMU mit bis zu 1.000 Mitarbeitern möglich sind.



wirkenden Strukturen im Bereich der Digitalkompetenz für die Zielgruppen spielte für das Fachreferat für ambulante Versorgung und Digitalisierung im Gesundheitswesen eine wichtige Rolle bei der Beurteilung der Projektanträge.

Im Rahmen der Förderung wurden insgesamt fünf Projekte unterschiedlicher Träger bewilligt.²² Aufgrund eines anhängigen Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 26. März 2021 kam es allerdings zu bundesweiten Verzögerungen im Bewilligungsverfahren der REACT-EU-Förderung.²³ Dies führte faktisch dazu, dass die bewilligten Projekte im Rahmen der Förderlinie „Digitale Befähigung in Medizin und Akutpflege“ erst einen Monat später als ursprünglich geplant, Anfang Juli 2021 starten konnten. Vier der fünf Projekte hatten eine Laufzeit von 1,5 Jahren, ein Projekt hatte eine Laufzeit von einem Jahr.²⁴ Die ursprünglich bewilligten ESF- bzw. REACT-EU-Mittel beliefen sich auf insgesamt 3,078 Mio. Euro. Somit wurden die geplanten Fördermittel (ursprünglich) vollständig gebunden. Deutliche Unterschiede zeigten sich bei den Fördersummen der einzelnen Projekte. Dabei hat ein Projekt rd. 71 Prozent der insgesamt bewilligten ESF-Mittel gebunden. Diese Unterschiede gehen auf die Komplexität der unterschiedlichen Maßnahmen zurück, die im Rahmen der einzelnen Projekte umgesetzt werden sollten und wurden. Bei vier der fünf Projekte lag der Interventionssatz bei 100 Prozent, bei einem Projekt (aufgrund von eingeplanten Teilnahmegebühren) bei 71 Prozent. Nach Abschluss der Projekte beliefen sich die insgesamt bewilligten ESF-Mittel nur noch auf 2,112 Mio. Euro, d. h., dass nicht alle ursprünglich bewilligten Mittel tatsächlich eingesetzt werden konnten.²⁵ Dies entspricht einem Rückgang von 31 Prozent gegenüber den ursprünglich insgesamt bewilligten ESF-Mitteln.²⁶ Vom Mittelrückgang betroffen waren drei der fünf geförderten Projekte. Bei zwei Projekten war der Rückgang durchaus beträchtlich (36 Prozent bzw. 40 Prozent). Nicht betroffen waren hingegen die beiden Projekte mit der relativ geringsten finanziellen Ausstattung.²⁷ Dies lässt darauf schließen, dass es bei einigen Projekten zu Umsetzungsschwierigkeiten kam, worauf in diesem Kapitel noch näher eingegangen wird.

²² Die nachfolgend dargestellten Daten basieren auf Monitoringdaten der L-Bank zum Datenstand 01.07.2023.

²³ Mit diesem Hängebeschluss hatte das BVerfG seinerzeit angeordnet, dass das Gesetzespaket zur Finanzierung des europäischen Aufbauinstruments „Next Generation EU“ (NGEU) nicht für Deutschland unterzeichnet werden darf (Aktenzeichen: 2 BvR 547 / 21). Unter dem Dach von NGEU fasst die Europäische Union ihre Maßnahmen zur Bekämpfung der wirtschaftlichen und sozialen Folgen der COVID-19-Pandemie zusammen. REACT-EU ist das zweitgrößte Finanzierungsinstrument im Rahmen von NextGenerationEU. Am 15. April 2021 entschied das BVerfG gegen diesen Beschluss. Das Gesetzespaket wurde einen Tag später durch den Bundespräsidenten unterzeichnet.

²⁴ Auch wenn der Rahmenaufruf vorsah, dass nach Zuweisung einer zweiten Mittel-Tranche ggf. eine Mittelaufstockung bzw. Verlängerung für den restlichen Bewilligungszeitraum (31.12.2022) bewilligt werden kann für Projekte, deren Bewilligung vor dem 31.12.2022 endet, wurde hiervon im Rahmen der Förderung nicht Gebrauch gemacht.

²⁵ Vier der fünf Projekte waren zum Zeitpunkt der Berichtslegung bereits formal abgeschlossen, d.h. schlussverwendungsnachweisgeprüft. Ein Projekt hatte noch den Status „bewilligt“.

²⁶ Der Auszahlungsstand aller Projekte lag zum Datenstand 01.07.2023 bei 100 Prozent.

²⁷ Auch nach dem Mittelrückgang zeigten sich weiterhin deutliche Unterschiede bei den Fördersummen zwischen den einzelnen Projekten. So lag der Anteil des Projektes mit dem größten Förderbudget immerhin noch bei 62 Prozent der Gesamtbewilligungssumme. Demgegenüber lag dieser Anteil beim Projekt mit dem geringsten Förderbudget bei nur 5 Prozent.



Umgesetzte Maßnahmen

Die Trägerstruktur der Förderung war sehr heterogen und reichte von kleineren spezialisierten Bildungsträgern bis zu einer medizinischen Fakultät. Umgesetzt wurden die Projekte von vier privatrechtlichen Einrichtungen und einer öffentlich-rechtlichen Einrichtung. Drei der fünf Träger hatten bereits ausgewiesene Erfahrung mit der ESF-Förderung im Land. Durchführungsorte der fünf geförderten Vorhaben waren die Regionen Bodensee Oberschwaben, Hochrhein Bodensee, mittlerer Oberrhein, Rhein-Neckar-Odenwald sowie Stuttgart. Ebenso heterogen wie die Trägerstruktur gestaltete sich die inhaltliche Ausrichtung der einzelnen Projekte, was angesichts des thematisch relativ offen ausgerichteten Förderaufrufs wenig überraschend erscheint. Bei zwei der fünf Projekte spielten Kooperationspartner eine maßgebliche Rolle bei der Umsetzung. In den anderen Projekten gab es keine Kooperationspartner. Nachfolgend werden für jedes Projekt sowohl kurz der Träger eingeordnet als auch die umgesetzten Maßnahmen beschrieben.

Projekt 1

Projekt 1 wurde von einer staatlich anerkannten Berufsfachschule für Pflegeberufe, die angegliedert ist an ein deutschlandweit operierendes Weiterbildungsunternehmen, konzipiert und umgesetzt. Die Dienstleistungen dieses Unternehmens zielen auf eine Verbesserung beruflicher Ein- und Aufstiegschancen mit bedarfsgerechten Bildungsangeboten. Seit der Einführung der generalistischen Pflegeausbildung im Jahr 2020 bietet diese Berufsfachschule die Ausbildung zur Pflegefachfrau und zum Pflegefachmann an.²⁸ Die Einführung dieses neuen Berufsabschlusses war für den Projektträger herausfordernd. Die Nachfrage im Jahr 2020 fiel nach Einschätzung des Trägers u. a. aufgrund von Vorbehalten gegen die Reform ungewohnt gering aus. Zudem fiel der Ausbildungsstart in die Zeit des ersten pandemiebedingten Lockdowns in 2020. Kooperationspartner waren nicht in das Projekt involviert.

Im Zuge von Projekt 1 wurde ein digitales Konzept entwickelt, das den Einsatz digitaler und technischer Hilfsmittel in der generalistischen Pflegeausbildung der Pflegeschule des Trägers vorsah. Hierdurch sollten digitale Bestandteile und grundlegende digitale sowie technikbezogene Kernkompetenzen definiert sowie im bestehenden Curriculum verankert werden. Dafür sollten alle im Landeslehrplan gebotenen Möglichkeiten zum Einsatz digitaler und technischer Hilfsmittel ausgeschöpft werden. Zielgruppe des Projektes waren somit Auszubildende der generalistischen Pflegeausbildung der Pflegeschule, die für jeden absolvierten Bereich des digitalen Teilcurriculums ein entsprechendes Zertifikat erhalten sollten. Überdies wurden die Lehrkräfte der Pflegeschule in der Anwendung und Umsetzung dieses digitalen Konzeptes geschult (was auch den Einsatz erforderlicher technischer Hilfsmittel wie digitale Tafeln – sog. Smart Boards – umfasste) und pädagogisch auf die Anleitung der Auszubildenden vorbereitet. Der Einsatz im Unterricht wurde vom Träger

²⁸ Ab Januar 2020 wurden im Zuge des Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufereformgesetz) die Alten-, Kranken- und Kinderkrankenpflegeausbildungen zu einer generalistischen Pflegeausbildung zusammengefasst. Hiermit eingeführt wurde eine dreijährige berufliche Ausbildung mit dem Abschluss "Pflegefachfrau"/"Pflegefachmann". Die schulische und praktische Ausbildung dient der Vermittlung von Kompetenzen für die selbstständige und prozessorientierte Pflege von Menschen aller Altersstufen in allen Versorgungsbereichen. Hierdurch soll der Wechsel zwischen den einzelnen Pflegebereichen erleichtert werden. Der erste Ausbildungsjahrgang begann im Jahr 2020.



begleitet und evaluiert. Ziel der Maßnahmen war es, dass die Auszubildenden Handlungskompetenz im Umgang mit innovativen Technologien erwerben, ohne die pflegerische Perspektive aus den Augen zu verlieren, und im Hinblick auf zukünftige technologische Entwicklungen eine aktive Rolle übernehmen können.

Die Projektumsetzung folgte einem festen Zeitplan, der sich maßgeblich an den Schuljahren bzw. Ausbildungsjahrgängen – die in der Pflegeschule jährlich im April starten – orientierte und weitestgehend eingehalten werden konnte. In der ersten Phase wurde das initiale digitale Konzept zur Vermittlung von digitalen Basiskompetenzen entwickelt und in das schulinterne Curriculum für die generalistische Pflegeausbildung integriert. Neben einem Basiskompetenzmodul wurde für die einzelnen Ausbildungsmodule festgelegt, welche digitalen Kompetenzen (bspw. Datenschutz im Modul zu rechtlichen Aspekten der Pflege) und Hilfsmittel Bestandteil sind und in welcher Weise diese im Unterricht berücksichtigt werden sollen. Von der zweiten bis zur vierten Phase wurde das Modul in unterschiedlichen Ausbildungsabschnitten (Semestern) eingesetzt. Abschließend wurde ein endgültiges digitales Konzept ausgearbeitet. Geplant war außerdem, hierauf basierend Schulungen für Pflegekräfte in den Pflegeeinrichtungen zu erarbeiten.²⁹

Projekt 2

Ein privater Bildungsträger setzte Projekt 2 um. Dieser ist auf interkulturelle Kommunikation und die berufliche Integration ausländischer bzw. internationaler Fachkräfte in Baden-Württemberg spezialisiert. In der Vergangenheit wurden vom Träger öffentlich geförderte Unterstützungsmaßnahmen umgesetzt bspw. für internationale Fachkräfte bei der Jobsuche oder Qualifizierungs- und Integrationsmaßnahmen für Mitarbeitende speziell aus Pflegebetrieben und Krankenhäusern.

Im Zuge von Projekt 2 wurden zum einen Online-Berufssprachkurse sowie verschiedene Befähigungsinstrumente und Trainings zum Lernen mit Blended-Learning (Kombination aus E-Learning und Präsenzveranstaltungen) sowie digitalen Medien für ausländische Pflegekräfte entwickelt, umgesetzt und evaluiert.³⁰ Hauptzielgruppe waren ausschließlich ausgebildete Pflegefachkräfte der Akutpflege aus dem Ausland (EU, Asien, Lateinamerika). Durchführungsort und Kooperationspartner waren zwei Kliniken (an verschiedenen Standorten), bei denen die Fachkräfte beschäftigt waren. Häufig handelte es sich hierbei nicht um examinierte Fachkräfte, sondern um beschäftigte Fachkräfte, die sich noch im Anerkennungsprozess ihres Berufsabschlusses befanden. Der interviewten Ansprechperson eines assoziierten Klinikverbundes zufolge gebe es insbesondere bei dieser Zielgruppe Defizite sowohl fachlicher als auch sprachlicher Art, die „so viel größer sind, als bei unseren Mitarbeitern, die hier vor Ort ihre Ausbildung gemacht haben oder die hier deutschsprachig aufgewachsen sind“. Zentrale Motive der Inanspruchnahme waren somit einerseits die Ver-

²⁹ Die Vorgabe (gem. § 4, Abs. 3 PflAPrV), dass Pflegeanleitungen jährlich mindestens 24 Stunden an berufspädagogischen Fortbildungen teilnehmen müssen, war hierbei ein zusätzliches Argument dafür, mithilfe dieser Schulungen zur digitalen Transformation in den Pflegeeinrichtungen beizutragen.

³⁰ Hintergrund dieses Angebots war der Projektleitung zufolge, dass Krankenhäuser im Vorfeld der Förderung auf den Träger mit der Bitte zugekommen seien, Blended-Learning-Angebote zum Onboarding und zur beruflichen Integration von ausländischen Pflegefachkräften in den Einrichtungen umzusetzen, welche die Bedürfnisse der Arbeitnehmenden und der Arbeitgeber abdecken.



besserung der Fachsprache, andererseits sollte hierdurch ein größeres Verständnis für die Gesamtzusammenhänge im beruflichen Alltag geschaffen werden, „besonders zu Abläufen im Krankenhaus, da im Stationsalltag aus Zeit- und Personalgründen häufig nicht so gearbeitet werden könne, wie dies eigentlich geplant sei“.

Schwerpunkt des im Rahmen des Projekts umgesetzten Online-Sprachkurses war es, die Kompetenzen ausländischer Pflegekräfte in Bezug auf berufsbezogene Gesprächsführung im pflegerischen Alltag zu stärken (etwa bei Fach- oder Übergabegesprächen mit Kolleginnen und Kollegen oder Vorgesetzten). Das Präsenztraining sollte mindestens einmal wöchentlich erfolgen. Es konnte wochentags flexibel (zu unterschiedlichen Zeiten) besucht werden, damit Schichtarbeit kein Teilnahmehindernis darstellt. Die ausländischen Pflegekräfte erhielten einen Zugang zur E-Learning-Plattform – einer eigens im Zuge des Projektes entwickelten Software-Anwendung (für Smartphone und Desktop-Computer) zur Absolvierung von E-Learning-Kursen für die Akutpflege.³¹ Hierdurch sollten ortsunabhängiges, zeitlich flexibles und bedarfsorientiertes Lernen möglich sein sowie kommunikative Kompetenzen gestärkt werden. Auch Pflegekurse konnten über die Anwendung besucht werden.

In Zusammenarbeit mit Pflegeeinrichtungen und ausländischen Pflegekräften wurden verschiedene Kurse zu echten beruflichen Situationen und zur Kommunikation auf der Station entwickelt, erprobt und evaluiert, wie die Anleitung von Patientinnen und Patienten nach einem Notfall, die Entgegennahme ärztlicher Anordnungen, die Beruhigung von Schwangeren im Notfall, das Führen von Feedback- oder Nachgesprächen mit Vorgesetzten oder die Besprechung eines Falls in der Palliativpflege.³² Hierfür wurden verschiedene digitale Lernmedien wie (Storytelling-)Videos von Patientenfällen, Online-Übungen sowie ein Blended-Learning-Format zum Trainieren sprachlicher Kompetenzen eingesetzt. Das Sprachniveau der Deutschkurse für die Pflege reichte von B1 bis C1.³³ Durch das digitale Format der Sprachqualifizierung sollte eine Integration des Sprachkurses für die Pflege in den beruflichen pflegerischen Alltag möglich werden. Durch die funktionelle und zielgruppenorientierte Blended-Learning-Lösung sollte die berufliche Integration der Pflegekräfte aus dem Ausland im Onboarding-Prozess (der nach Einschätzung der Projektleitung bis zu 12 Monaten dauern kann) unterstützt werden. Krankenhäuser konnten ihre Mitarbeitenden flexibel zum Angebot an- und abmelden. Mitarbeitende konnten jederzeit einsteigen. Zentrale Projektziele wa-

³¹ Alle Teilnehmenden erhielten einführende Trainings/Seminare, in denen für das Lernen mit digitalen Medien befähigt wurde.

³² Hierbei wurden mit den Arbeitnehmenden kommunikative Kompetenzen geklärt, die benötigt werden, um eine berufliche Gesprächssituation (z. B. Nachgespräche mit negativem Feedback) „professionell und sprachlich zu meistern“. Dies wurde im Rahmen des Kompetenzcoaching-Angebots vermittelt. Jeder Kurs endete mit einer persönlichen Kompetenzanalyse.

³³ Die Sprachniveaus B1 und B2 im Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen für Sprachen ermöglichen bereits selbstständige Sprachanwendung bis hin zum Verständnis komplexer Texte zu konkreten und abstrakten Themen und einer guten Verständigung mit Muttersprachlern. Nach Rückmeldung der/des interviewten Integrationsbeauftragten eines Krankenhauses benötigen ausländische Pflegefachkräfte zumeist mindestens ein B1-Sprachzertifikat. Das Sprachniveau C1 ermöglicht eine kompetente Sprachverwendung, um ein breites Spektrum anspruchsvoller Texte verstehen und implizite Bedeutungen erfassen zu können. Dieses Niveau ermöglicht spontane und fließende Ausdrucksmöglichkeiten und einen wirksamen und flexiblen Sprachgebrauch im beruflichen und gesellschaftlichen Leben.



ren Kompetenzentwicklung im beruflichen Alltag, auch zur Unterstützung der Anerkennungsprüfung von Berufsabschlüssen der ausländischen Pflegekräfte sowie die Verbesserung der digitalen Befähigung für berufliche Weiterbildung dieser Zielgruppen.

Projekt 3

Projekt 3 wurde von einem Fort- und Weiterbildungsinstitut eines Spitzenverbandes der freien Wohlfahrtspflege umgesetzt. Hierbei handelt es sich um eine eigene Abteilung der Landesgeschäftsstelle dieses (christlichen) Wohlfahrtverbandes. Schwerpunkte dieser Einrichtung sind Fort- und Weiterbildungen für Fachkräfte der Mitgliedseinrichtungen in den Bereichen Gesundheit und Pflege sowie Kindertagesstätten. Bei den Mitgliedseinrichtungen handelt es sich etwa um klassische oder ambulante Pflegeheime oder Hospize. Kooperationspartner waren nicht in das Projekt involviert.

Im Rahmen von Projekt 3 wurden verschiedene Maßnahmen umgesetzt, die sowohl auf die digitale Transformation des (analogen) Bildungsangebots des Trägers als auch auf die Stärkung der Digitalkompetenz der teilnehmenden Leistungserbringenden, insbesondere von Fachkräften mit pflegerischer Grundausbildung aus der ambulanten und stationären Langzeitpflege, der Akutpflege, des Hospizes sowie der Behindertenhilfe, zielten. Grundlegende Voraussetzung hierfür war die Entwicklung einer umfassenden Digitalisierungsstrategie im Fortbildungsbereich der Pflege, die Modellcharakter haben und potenziell übertragbar auf weitere Fort- und Weiterbildungen sein sollte. Konkret wurden dabei drei Maßnahmenbereiche verfolgt.

Zum einen wurden bestehende (analoge) pflegespezifische und stark praxisorientierte Weiterbildungen/Qualifizierungen konzeptionell neugestaltet und in ein Blended-Learning-Format – also eine Kombination aus Präsenzveranstaltungen und E-Learning – oder ein Online-Format überführt, um über eine Lernmanagementplattform selbstorganisiertes und asynchrones Lernen zu ermöglichen.³⁴ Hierbei handelte es sich um Weiterbildungen etwa zur Palliativpflege, Beratung gesundheitlicher Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase, Wundexpertise, Führung, Leitung oder Koordination ambulanter Hospizdienste, Trauerbegleitung, ethischen Fallbesprechung u. a.

Im Rahmen des Projekts wurde auch eine Weiterbildung zur Beratungskraft für digitale Anwendungen in Pflegeeinrichtungen konzeptionell und didaktisch neugestaltet. Diese wurde mit kooperierenden regionalen und zielgruppenspezifischen Fach- und Beratungsstellen abgestimmt. Lehrinhalte dieser Weiterbildung waren u. a. die Nutzung von Patienten- und Gesundheitsportalen, die Anwendung von Telecare/Fernbehandlung, altersgerechte Assistenzsysteme (wie SmartHome, Sensorik, Wearables und KI-gestützte Analysetechnologien) oder der Einbezug von Robotik in der Pflege (Chancen, Risiken, Finanzierungsoptionen). Durch die neuen Formate sollten mithilfe digitaler Medien sowohl funktionales Fachwissen in der Pflege als auch Möglichkeiten klinischer Entscheidungsfindung und Kommunikation in komplexen Pflegesituationen geübt werden.

³⁴ Die i.d.R. von trägerexternen Referentinnen und Referenten durchgeführten Weiterbildungen umfassten unterschiedlich lange Unterrichtseinheiten (zwischen 40 bis fast 200 Unterrichtsstunden) und themenabhängig zusätzlich Hospitationen, Coachingmaßnahmen sowie Supervisionen.



Die Weiterbildungen selbst wurden nicht gefördert, hierfür fielen Teilnahmegebühren an. Konkret gefördert wurden u. a. technisch vorbereitende Maßnahmen, insbesondere die Umrüstung von Seminarräumen, um hybride Kurse – die gleichzeitig online und in Präsenz stattfinden – zu ermöglichen, die Einrichtung eines Showrooms zur Entwicklung von Erklärvideos, Podcast u. a. Formaten.³⁵ Zudem wurden für jede Weiterbildung ein Lehrplan sowie ein (Video-/Podcast-)Drehbuch entwickelt, die die Vermittlung von Lehrinhalten im Blended-Learning Format didaktisch und methodisch begründeten. Die erstellten Medien wurden im Rahmen der Weiterbildungen eingesetzt und im verbandsinternen Informationsportal verbreitet. Im Rahmen des Projekts wurden überdies Lernortkooperationen mit wichtigen (Beratungs-)Akteuren geschaffen, wie Pflegestützpunkten, Pflegebündnissen, Palliativstationen von Krankenhäusern, Heimaufsichten u. a. Zudem erfolgte eine Vernetzung mit weiteren Akteuren wie Gesundheitsämtern, Seniorenbüro und bestimmten Netzwerken.

Im Rahmen des Projekts wurde ebenfalls ein Digitalkompetenzmodul entwickelt, das in jeder pflegespezifischen Weiterbildung digitale Medien- und Anwendungskompetenzen vermitteln sollte (angesetzt waren hierfür mehr als 40 Unterrichtsstunden). Konkret zielte dies auf Aspekte digitaler Anwendungskompetenz und umfasste die Nutzung digitaler Wissensportale (wie Informationsplattformen, Bildungsportale und Pflege-Coaching für Angehörige), sektorenübergreifende Dokumentation sowie die Digitalisierung von Arbeitsabläufen und Prozessen durch Pflegedokumentation und Routineplanung.

Ein weiterer Maßnahmenbereich umfasste (ursprünglich als eintägig geplante) digitale Kurzzeitfortbildungen zur Heranführung von Pflegefachkräften an Digitalisierungsaspekte, die bedarfsabhängig entweder beim Projektträger oder als Inhouse-Schulungen angeboten wurden. Ziel dieser Fortbildungen war es, Hemmungen zur Nutzung digitaler berufsbezogener Techniken zu senken und darzustellen, wie das Nutzen derartiger Technologien die Arbeitsbedingungen in der Pflege verbessern und die Pflegesituationen der Pflegebedürftigen sicherer machen können.

Der dritte Maßnahmenbereich zielte auf die Durchführung pflegerischer Maßnahmen mit Hilfe digitaler Infrastruktur von (ausgewählten) Mitgliedseinrichtungen. Geplant wurde, die Pflegeberatung im ambulanten Setting (konkret im Bereich des Wundmanagements, der qualitätssichernden Beratungsgespräche nach § 37 Abs. 3 SGB XI³⁶ sowie der aktivierenden Pflegeangebote zur Prävention, zur Entlastung pflegender Angehöriger und Mobilität) durch den Einsatz von digitalen Videokonferenzen und unter Einbezug von datenbankbasierten Beratungskonzepten umzusetzen. Hierdurch sollten die Pflegebedürftigen und deren Umfeld bei der Zusammenstellung eines individuellen und bedarfsgerechten Hilfsangebots unterstützt werden.

³⁵ Auch erforderliche Softwareanwendungen zur digitalen Kollaboration, wie v.a. ein Lernmanagementsystem, ein Kollaborationstool für hybride Teams, eine Videokonferenzlösung oder ein Online-Mindmapping-Tool zur Entwicklung, visuellen Erfassung sowie zum Teilen von Ideen, wurden vom Projektträger teilweise im Rahmen des Projekts beschafft.

³⁶ Pflegebedürftige, die zuhause ohne Hilfe eines Pflegedienstes gepflegt werden und Pflegegeld erhalten, müssen nach Paragraph 37 Absatz 3 SGB XI in regelmäßigen Abständen eine Beratung zur Pflege durchführen lassen, was auch als (verpflichtender) „Beratungseinsatz“ oder „Beratungsbesuch“ bezeichnet wird.



Projekt 4

Projekt 4 wurde umgesetzt von einer Bildungseinrichtung für Aus- und Weiterbildungen im Bereich Gesundheits- und Pflegeberufe in Verbund mit zwei assoziierten Kliniken, die sowohl ihre Auszubildenden in den Pflegeberufen als auch Studierende eines Pflege-Studiengangs dort ausbilden. Die Bildungseinrichtung ist ein Tochterunternehmen beider Kliniken und wird jährlich von vielen Fachkräften aus allen Gesundheitsberufen besucht. Kooperationspartner waren nicht in das Projekt involviert.

Das Projekt zielte auf die digitale Befähigung und Kompetenzentwicklung von Pflegefachkräften und Auszubildenden der generalistischen Pflegeausbildung. Konkret sollte dies insbesondere durch Hinführung von Praxisanleitenden an die Nutzung einer Software zur Erstellung von Lerninhalten erfolgen, die die digitalen Erfordernisse einer Klinik abbilden. Beide Zielgruppen sollten mit pädagogischer Unterstützung von Lehrkräften und durch Lernprogramme Abläufe und digitale Klinik-Anwendungen in einem geschützten Rahmen kennen- und anwenden lernen. Übergreifend wurde mit diesem Ansatz angestrebt, die Digitalisierung von Pflegearbeit in der Klinik mithilfe einer Kommunikations- und Lernplattform nachhaltig voranzubringen, auf der arbeitsrelevante Inhalte geteilt werden können und die nach der Projektförderung fortbesteht sowie von digital befähigten Mitarbeitenden im Unternehmen nach eigenen Bedürfnissen weitergenutzt werden kann.

In der ersten Projektphase standen zum einen die Recherche und Implementierung eines zur Klinikstruktur passenden Lern-Management-Systems (LMS) sowie die Sichtung von Softwaremöglichkeiten für digitales Lernen in der Klinik im Fokus der Umsetzung. Zum anderen mussten qualifizierte Fachkräfte aus der Pädagogik (möglichst) mit pflegerischer Ausbildung rekrutiert werden, die mithilfe von vorab erfolgten Schulungen³⁷ darin befähigt werden sollten, Klinik-Mitarbeitende, d.h. konkret Führungskräfte aus dem Pflegemanagement wie auch Dozierende (Pflegelehrende und Praxisanleitende), im Umgang mit der Plattform anzuleiten. Führungskräfte sollten hierbei konkrete administrative Aufgaben übernehmen, wie die Verwaltung der Plattform, die Anlage von Kursen oder das Hinzufügen von Teilnehmenden. Dozierende sollten „Trainerrechte“ erhalten, um (E-Learning-)Kurse inhaltlich ausgestalten und Lernmaterialien auf der Plattform hinzufügen zu können. Somit sollte die Gruppe auch darin qualifiziert werden, eigene stationsspezifische Inhalte, Lerndokumente/-videos oder Selbstlernprogramme usw. zu produzieren. In der zweiten Projektphase lag der Umsetzungsschwerpunkt auf der Erstellung und Bereitstellung von über die Plattform abrufbaren klinikrelevanten Inhalten, wie bspw. E-Learning-Sequenzen wie Demonstrationen, Übungen oder Tests. Dies sollte bspw. bereits bestehende Lern- und Arbeitsaufgaben ergänzen oder ersetzen. Aus den Interviews ging hervor, dass zum Fallstudienzeitpunkt inhaltliche Prototypen für bestimmte Bereiche erstellt worden waren, etwa zu den Themen Hygieneabteilung, Arbeitssicherheit oder Einführung in Krankenhaus-Informationssysteme. In diesem Zusammen-

³⁷ Zur Befähigung der Projektmitarbeitenden wurden den interviewten Projektverantwortlichen zufolge Schulungen mit externen Dozierenden/Beratungen organisiert, um die neu beschaffte Hard- und Software zur Erstellung von Lerninhalten selbst nutzen, die Lerninhalte didaktisch sinnvoll, motivierend sowie ansprechend ausgestalten und Lerninhalte auf der Plattform technisch einbinden zu können.



hang von Relevanz war auch die Etablierung von Organisationsstrukturen, um die neuen Lernmöglichkeiten auch vor Ort in der Klinik pädagogisch begleiten zu können, etwa durch Festlegung von Zeitkorridoren, wann Auszubildende zu welchen Tools geschult werden sollen oder durch Festlegen eines (individuellen) Kompetenz-Ablaufplans.

Projekt 5

Träger und federführend verantwortlich für die Koordinierung und Umsetzung von Projekt 5 war eine medizinische Fakultät in Baden-Württemberg. In die Strukturierung, Entwicklung sowie Umsetzung der verschiedenen Projektangebote aktiv eingebunden waren über 20 Stakeholder (auch internationale) bzw. Partnereinrichtungen aus dem Gesundheitssektor des Landes (u. a. ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen, ärztliche Standesorganisationen, wissenschaftliche Einrichtungen und Bildungseinrichtungen).³⁸ In erster Linie sollte hierdurch eine zielgruppen-angemessene Umsetzung der geplanten Einzelmaßnahmen ermöglicht und die Reichweite des Projektansatzes in der Fläche ausgedehnt werden.

Im Rahmen dieses ambitionierten und inhaltlich vielschichtigen Projekts sollten unterschiedliche bedarfsgerechte, auf Lern- und Test-Erlebnisse ausgelegte Qualifizierungsangebote zur Vermittlung von Digitalkompetenz für Leistungserbringende aus dem Gesundheitsbereich, d. h. insbesondere für die Ärzteschaft sowie Pflegekräfte im ambulanten und stationären Versorgungskontext, geschaffen werden.³⁹ Konkret wurde die Entwicklung und Implementierung von Maßnahmen auf unterschiedliche Ebenen und in verschiedenen Formaten (digitale als auch Präsenz- und Selbsterlebens-Formate) angestrebt. Hierzu zählten ein (interprofessionelles) Multiplikatorentraining, stationäre und mobile Interaktionsräume, eine digitale Betreuungsplattform, weiterentwickelte Fortbildungscurricula für Ärzteschaft und Pflegekräfte sowie weiterentwickelte Ausbildungscurricula speziell zum Thema Digitalkompetenz in grundständiger Pflegeausbildung, Medizinstudium oder Pflegestudium sowie in anderen Berufsgruppen bei ausgewählten Partnereinrichtungen.

Das Projekt verfolgte hierbei ein Stufenkonzept zur Vermittlung von Digitalkompetenz. In einem ersten zentralen Schritt sollten Absolventinnen und Absolventen der assoziierten Partnerinstitutionen über spezielle Multiplikatorenschulungen in die Lage versetzt werden, in den eigenen Einrichtungen und Regionen Digitalkompetenz zielgruppenorientiert zu vermitteln. Konkret wurden die drei Nutzergruppen Pflegeeinrichtungen (direkte Pflege/Telepflege), Bildungseinrichtungen sowie Ärzteschaft bzw. ärztliche Standeseinrichtungen adressiert.⁴⁰ Die Multiplikatorenschulungen

³⁸ Die Entscheidung darüber, welche Institutionen benötigt werden, um möglichst repräsentativ für den Gesundheitssektor aufzutreten, erfolgte im Vorfeld des Projekts bzw. während der Antragsphase mit einer Kerngruppe der späteren Projektpartner. Ein Entscheidungskriterium war hierbei u. a. große Pflegeeinrichtungen (als Vertretungen verschiedener Einzeleinrichtungen), mittelgroße Einrichtungen und kleine Pflegedienste zu involvieren, um konkrete Anwendungsszenarien zu vermitteln. Zudem sollten akademische Einrichtungen involviert werden, um die wissenschaftlichen Entwicklungen der Digitalisierung in Medizin und Pflege zu vermitteln.

³⁹ Auch Fachkräfte anderer Gesundheitsberufe wurden durch das Projekt adressiert.

⁴⁰ Unter „direkter Pflege“ werden grundlegende und regelmäßig wiederkehrende Pflegeleistungen (Grundpflege) verstanden. Unter „Telepflege“ wird die Erbringung von pflegerischen Gesundheitsleistungen unter Verwendung von Informations- und Kommunikationstechnologie verstanden, die darauf abzielt, „Informationen im Rahmen des Pflegeprozesses



gliederten sich in die drei Themenbereiche/Module „Digitale Transformation“, „Qualifizierung für die digitale Transformation“ sowie „Anwendungsszenarien“ und wurden inhaltlich an die Bedarfe der jeweiligen Multiplikatoren-Gruppe angepasst.⁴¹

Es erfolgten mehrere Schulungsdurchgänge.⁴² Durch die Schulungen sollten für die betreffenden Einrichtungen auch Impulse gesetzt werden, ggf. auch kompaktere setting- oder professionspezifische Multiplikatorenschulungen (auch in Verbund mit anderen Einrichtungen) zu entwickeln. Die Schulungen erfolgten im Blended-Learning-Format, d. h. als Kombination aus Präsenz- und E-Learning. Alle Teilnehmenden mussten im Rahmen des Trainings ein selbstgewähltes Anwendungsszenario aus dem eigenen Berufsalltag bzw. dem beruflichen Kontext bearbeiten. Als Beispiele hierfür genannt wurden digitale Anwendungen in der Pflege, die Einführung einer mobilen digitalen Pflegedokumentation, Beratungsangebote im Kontext Telematikinfrastruktur oder die Entwicklung einer neuen curricularen Einheit (CE) in Bezug auf die digitale Transformation im Gesundheitswesen. Die Schulungsgruppen wurden hierbei bewusst heterogen besetzt, um ein breites Erfahrungsspektrum zur Diskussion möglicher Lösungen zu gewährleisten.

Ziel des Multiplikatorentrainings war es, Impulse für wichtige Themen der digitalen Transformation im Gesundheitswesen sowie für didaktische Instrumente zu geben und eine inhaltliche und methodische Toolbox zur Verfügung zu stellen. Teilnehmende sollten hierdurch in die Lage versetzt werden, in ihren Einrichtungen eigenständig Digitalisierungsthemen zu vermitteln und entsprechende Schulungskonzepte/-formate oder Implementierungsprojekte zu entwickeln. Die im Rahmen des Projekts fortgebildeten Multiplikatoren sollten dann zukünftig in einem „Train the trainer“-Ansatz bei den verschiedenen Partnern zur Weitervermittlung der Digitalkompetenz in den Partnerstrukturen eingesetzt werden können. Hierdurch sollten sowohl ein möglichst hoher Verbreitungsgrad als auch eine regionale und thematische Repräsentanz erreicht werden, um die Weiterverbreitung in den Partner- und Stakeholderstrukturen zu erleichtern. Im weiteren Verlauf wurde die Entwicklung von Lern- und Lehrformaten der Partnerinstitutionen unterstützt. Hierbei wurden die konkreten Anwendungsszenarien aus dem Multiplikatorentraining in die Umsetzung vor Ort überführt.

für die pflegerische Versorgung, für Forschung und Bewertung sowie für die kontinuierliche Ausbildung von Pflegepersonen und anderen Gesundheitsdienstleistern [auszutauschen]“ (Bundesverband Pflegemanagement 2015: 5).

⁴¹ Berichtet wurde davon, dass im 1. Modul eine einführende Sensibilisierung für Digitalisierung erfolgte, um ein „Bewusstsein zu wecken für digitale Transformation“. Das 2. Modul sei praxisorientiert gewesen. Thematisch behandelt wurden unterschiedliche Fragestellungen wie: welche Möglichkeiten bestehen, um digital affine Technologien in den Pflegeprozess mit einzuplanen, welche Assessment-Instrumente gibt es für bestimmte Pflegeproblematiken, wie lässt sich der Mehrwert einer Assistenztechnologie einschätzen. Diskutiert wurde hierbei auch bspw., wie sich die eigene Berufsrolle und das Rollenverhältnis aller Akteurinnen und Akteure ändert oder wie die Kommunikation optimaler Weise erfolgen müsse. In diesem Kontext behandelt wurde immer auch ein konkretes Praxisbeispiel. Anwendungsszenarien waren bspw. die Einrichtung einer Telepräsenz in einer bestimmten Versorgungssituation (etwa die ambulante palliative Versorgung auf dem Land) oder die Einrichtung eines Showrooms durch eine Standesinstitution. Im 3. Modul stellten Teilnehmende eigene Projekte vor, die mit allen Dozierenden und Teilnehmenden diskutiert wurden.

⁴² Nach Rückmeldung der Projektverantwortlichen waren Teilnehmende im 1. Durchgang in erster Linie Projektpartner.



Neben den Multiplikatorenschulungen wurden auch neuartige Maßnahmen koordiniert, organisiert und umgesetzt, um den Zielgruppen das Thema Digitalisierung in praxisnahen Szenarien näher zu bringen sowie in ausgewählten (Modell-)Regionen digitale Abläufe und Technologien zu implementieren.⁴³ Als zentrale Lern- und Erlebnisräume sollten (zwei) stationäre Showrooms (bei bestimmten Einrichtungen des Gesundheitswesens) aufgebaut und ausgestattet werden. Zum Ausbau regionaler Angebote wurde der Einsatz von digital ausgestatteten Transfermobilen (Digital Health Trucks und mobile Showrooms) geplant, um vor Ort Erlebnis- und Diskursräume (für Praxen, Krankenhäuser und Pflegestützpunkte) zu schaffen. Die Projektpartner wurden als Mitentwickelnde solcher Lösungen in einem Co-Creation-Prozess aktiv eingebunden.⁴⁴ Die genannten Maßnahmen sollten zu einer größeren Bekanntheit sowie realen Erlebbarkeit solcher Produkte und perspektivisch zu einer besseren Durchdringung sowie Akzeptanz im Gesundheitswesen führen.

Eine weitere wichtige Ebene des Projekts bestand schließlich im Aufbau einer Projektgemeinschaft, auf deren Expertisen bei der Umsetzung bspw. von Schulungsformaten zurückgegriffen werden konnte. Konkret angestrebt wurden die Vernetzung bei spezifischen Themen, die Entwicklung von Lehr- und Forschungsnetzwerken sowie die Einrichtung einer Lehr- und Kommunikationsplattform, die einen regelmäßigen Austausch zwischen den Multiplikatorinnen und Multiplikatoren, mit Dozentinnen und Dozenten sowie Projektpartnern ermöglichen sollte. In diesem Zusammenhang wurden Workshops durchgeführt, bei denen Vertretungen der am Konsortium beteiligten Einrichtungen gemeinsam aktuelle Herausforderungen im Kontext der Digitalisierung diskutierten und Lösungen erarbeiteten, konkret zur Curricula-Entwicklung oder zur Entwicklung der Lern- und Lehrplattform.

Der Ablauf des Projekts war stringent geplant, die Projektaktivitäten wurden in entsprechende Arbeitspakete eingeteilt. Initial erfolgte eine Bedarfserhebung zu digitalen Kompetenzen und die Ansprache der Zielgruppen zu den Qualifizierungsangeboten und Interaktionsräumen. Im nächsten Schritt wurden digitale Lehrinhalte für unterschiedliche Ebenen und Formate entwickelt, koordiniert und umgesetzt, v.a. das Multiplikatorentraining. Gleichzeitig sollte eine Regionalisierung und thematische Differenzierung bei Vermittlung von Digitalkompetenz in Ärzteschaft und Pflege erfolgen u. a. durch Vernetzung der relevanten Stakeholder sowie inhaltliche und gesundheitsdidaktische Schwerpunktsetzungen in den Gesundheitsregionen des Landes (Nordwürttemberg, Nordbaden, Südbaden und Südwürttemberg). Begleitend erfolgte eine kontinuierliche Überprüfung der Konzeption zu Digitalkompetenz-Themen durch Etablierung eines (transnationalen)

⁴³ In diesem Zusammenhang wurde auch der Austausch mit einer universitären Partnereinrichtung angestrebt, u.a. um Best Practice Modelle bei digitalen Lehrformaten und bei der Entwicklung digitaler Innovationen zu entwickeln. Gemeinsam mit relevanten Gesundheitsakteuren einer Grenzregion sollten zudem grenzübergreifende Schulungskonzepte zur Anwendung digitaler Innovationen kommen, um europäische Modellregionen für die Digitalisierung im Gesundheitswesen zu schaffen.

⁴⁴ Co-Creation ist eine partizipative Methode, über die verschiedene Interessengruppen zusammenarbeiten, um gemeinsam Ideen zu einem Thema in allen Teilen eines (Initiativ-)Prozesses zu entwickeln und umzusetzen (Vargas et al. 2022: 2). Co-Creation fördert die Wertschöpfung durch die Einbindung verschiedener Interessengruppen in den Prozess des Verständnisses komplexer Probleme und der Entwicklung und Bewertung kontextbezogener Lösungen – wobei dieser Wert für jede Interessengruppe verschiedene Formen annehmen kann (ebd.). Der Plan für die Zusammenarbeit wird von den mitinitiierenden Interessengruppen gemeinsam festgelegt, die zu kollektivem Handeln aufrufen.



Expertengremiums im Bereich digitaler Innovationen (das u. a. den Gesamtansatz des Projekts begleitete) sowie die Entwicklung und Umsetzung von inhaltlichen Modulen durch einen entsprechenden Erfahrungsaustausch. Überdies wurden die implementierten Digitalkompetenz-Technologien technisch begleitet. Durchgehend erfolgte neben der Evaluierung der Maßnahmen auch die Koordination, das Reporting und die Kommunikation von Projektaktivitäten. Zusammenfassend findet sich eine Übersicht über die fünf geförderten Projekte nach zentralen beschriebenen Merkmalen in *Tabelle 1*.

Tabelle 1: Übersicht Förderprojekte nach ausgewählten Merkmalen

Projekt	Projektträger	Projekt-Zielgruppen	Zentrale Projektmaßnahmen
Projekt 1	Berufsfachschule für Pflegeberufe	Auszubildende der generalistischen Pflegeausbildung sowie Lehrkräfte der Pflegeschule	Entwicklung eines digitalen Konzeptes zum Einsatz digitaler und technischer Hilfsmittel in der generalistischen Pflegeausbildung und zur Verankerung eines digitalen Teilcurriculums in das Pflegecurriculum. Lehrkräfte wurden in Anwendung und Umsetzung des digitalen Konzeptes geschult sowie pädagogisch auf die Anleitung der Auszubildenden vorbereitet.
Projekt 2	Privater Bildungsträger	Ausgebildete Pflegefachkräfte der Akutpflege aus dem Ausland, die in Partnerkliniken des Trägers beschäftigt waren	Online-Berufssprachkurse sowie verschiedene Befähigungsinstrumente und Trainings zum Lernen mit Blended-Learning sowie digitalen Medien zur Unterstützung des Onboarding-Prozesses in den Kliniken.
Projekt 3	Fort- und Weiterbildungsinstitut eines Wohlfahrtsverbandes	Teilnehmende einer themenspezifischen Weiterbildung des Trägers	Bestehende themenspezifische Weiterbildungen/Qualifizierungen des Trägers wurden konzeptionell neugestaltet und in ein digitales Format überführt, um über eine Lernmanagementplattform selbstorganisiertes und asynchrones Lernen zu ermöglichen. Neugestaltung einer Weiterbildung zur Beratungskraft für digitale Anwendungen in Pflegeeinrichtungen.
Projekt 4	Bildungseinrichtung für Aus- und Weiterbildungen im Bereich Gesundheits- und Pflegeberufe	Führungskräfte aus dem Pflegemanagement sowie Lehrende/Praxisanleitungen zweier involvierten Kliniken	Recherche und Implementierung eines zur Klinikstruktur passenden Lern-Management-Systems und Sichtung von Software-Möglichkeiten für digitales Lernen in der Klinik. Hinführung von Dozierenden an die Nutzung einer Software zur Erstellung von Lerninhalten, um die digitalen Erfordernisse der Kliniken abzubilden.
Projekt 5	Medizinische Fakultät in Zusammenarbeit mit zentralen Akteuren des Gesundheitswesens	Leistungserbringende aus dem Gesundheitsbereich, insbesondere Ärzteschaft sowie Pflegekräfte im ambulanten und stationären Versorgungskontext	Multimodale, auf Lern- und Test-Erlebnisse ausgelegte Qualifizierungsangebote zur Vermittlung von Digitalkompetenz, v. a. ein interprofessionelles Multiplikatorentraining sowie stationäre und mobile Interaktionsräume. Aufbau einer Projektgemeinschaft, zur Vernetzung bei spezifischen Themen, Entwicklung von Lehr- und Forschungsnetzwerken sowie Einrichtung einer Lehr- und Kommunikationsplattform.

Quelle: eigene Darstellung



Verständnis von Digitalkompetenz

Wie bereits bei der theoretischen Einordnung des Fördergegenstands (vgl. *Kapitel 2*) herausgestellt, gibt es kein einheitliches Verständnis von Digitalkompetenz im Gesundheitsbereich sowie keinen etablierten Kompetenzkanon. Dies spiegelt sich auch in den unterschiedlichen Ansätzen der geförderten Projekte wider, auf die nachfolgend eingegangen wird.

Projekt 1

Das Verständnis von Digitalkompetenz im Rahmen von Projekt 1 orientierte sich an zentralen Kompetenzbereichen, die in der Digitalstrategie des BMBF (2019) benannt wurden. Hierzu zählen u. a. Informiertheit zur Aktualität, ein Grundverständnis für digitale Technik, die Fähigkeit, digitale Technik anzuwenden, die Fähigkeit zum Selbstlernen sowie zur Reflexion oder spezifische Kenntnisse zum Datenschutz und Rechte zur Nutzung digitaler Arbeitstechniken. Hierbei wurden im Projektantrag vorläufige Ideen für den Einsatz digitaler und technologischer Angebote im Zuge verschiedener curricularer Einheiten (CE) der Pflegeausbildung benannt. Im Projektverlauf orientierte sich der Träger konkret an Vorgaben des von der Kultusministerkonferenz (KMK) beschlossenen Kompetenzrahmens „Kompetenzen in der digitalen Welt“, der die Grundlage für die Überarbeitung von Bildungs-, Lehr- und Rahmenplänen aller Unterrichtsfächer durch die Länder bildet (BIBB 2020: 26). Dieses Rahmenwerk formuliert verbindliche Anforderungen zu Kenntnissen, Kompetenzen und Fähigkeiten von Schülerinnen und Schülern zum Ende der Pflichtschulzeit. Zu den zentralen Kompetenzbereichen zählen die Bereiche „Suchen und Verarbeiten“, „Kommunizieren und Kooperieren“, „Produzieren und Präsentieren“, „Schützen und sicher agieren“, „Problemlösen und Handeln“ sowie „Analysieren und Reflektieren“. Auf dieser Basis wurde das digitale Konzept für die Pflegeschule entwickelt, das auch ein einführendes Grundlagenmodul beinhaltet. Die Entscheidung, ob im Rahmen des Projekts stärker allgemeine digitale Kompetenzen oder stärker technikbezogenen Kompetenzen in den Vordergrund gestellt werden, habe sich der Projektleitung zufolge etwas hingezogen. Dass der Fokus schließlich auf allgemeine digitale Kompetenzen gelegt worden sei, wurde auf die Einschätzung zurückgeführt, dass diese eine unabkömmliche Basis für die Auszubildenden darstellen würden, auf der aufbauend erst technikbezogene Kompetenzen entwickelt werden könnten.

Projekt 2

Im Rahmen von Projekt 2 wurde unter Digitalkompetenz eine niedrigschwellige, wertschätzende sowie zielgruppen- und praxisorientierte Befähigung der Hauptzielgruppe (ausländische Pflegefachkräfte) zum Umgang mit digitalen Medien verstanden, etwa in Form von kurzweiligen Informationen/Texten in leichter Sprache, Storytelling, kurzen Anleitungsvideos oder Transfer-Übungen. In Bezug auf die Gruppe der anleitenden Personen ging es um eine Sensibilisierung für Probleme der Hauptzielgruppe im Umgang mit digitalen Medien.

Projekt 3

Das Kompetenzverständnis bei Projekt 3 orientierte sich in erster Linie an den digitalen Qualifikationsbedarfen der pflegerischen und sozialpflegerischen Mitarbeitenden aus Sicht der involvierten



Mitgliedseinrichtungen, die auch im Umsetzungsverlauf abgefragt wurden. Im Rahmen des Projekts konkret vermittelt wurden hierbei drei Kompetenzbereiche: 1. technische Medienkompetenz, d.h. anwendungsorientierte Kenntnis von berufsrelevanter Soft- und Hardware, 2. digitale Kommunikationsfähigkeit, d.h. zielführende Verständigungsfähigkeiten mithilfe digitaler Hilfsmittel sowie 3. digitale Informationskompetenz, d.h. die Fähigkeit, sich selber Online-Wissen anzueignen und dieses auch (auf Glaubwürdigkeit) zu prüfen. Das Kompetenzverständnis orientierte sich somit an grundständigen Aspekten, die – vor dem Hintergrund eines dynamischen und zunehmend unübersichtlich werdenden Digitalisierungsmarkts – v. a. auch die Fähigkeit beinhalten sollten, einzuschätzen, welche digitalen Hilfsmittel in der direkten Pflegeanwendung grundsätzlich von Nutzen sind und wann es sinnvoll ist, digitale Medien einzusetzen und wann nicht.

Projekt 4

Im Rahmen von Projekt 4 wurde unter digitaler Befähigung konkret verstanden, die Mitarbeitenden (besonders Praxisanleitende) der unterschiedlichen Stationen der Klinik in die Lage zu versetzen, Lerninhalte in digitalem Format zu erstellen und bereitzustellen. Gleichsam sollten die Auszubildenden in die Lage versetzt werden, auf diese Lerninhalte standortunabhängig zuzugreifen. Laut operativer Projektleitung betraf die digitale Befähigung der Zielgruppen die gesamte Klinikstruktur (angefangen von Praktikantinnen und Praktikanten bis hin zur Stationsleitung oder Pflegedienstleitung). In einem ganzheitlichen Verständnis waren auch die therapeutischen Teams einer Klinik als Schnittstellenbereiche betroffen. Digitalkompetenz hatte in diesem Projekt somit einen konkreten Bezug zu digitalen Lernangeboten v. a. zur Akutpflege. Mitarbeitende und Auszubildende sollten die Kompetenz auch zur Vorbereitung eines praktischen Einsatzes an der Klinik verwenden können. Die operative Projektleitung verwies in diesem Zusammenhang darauf, dass Auszubildende der generalistischen Pflegeausbildung aus unterschiedlichen Pflegeeinrichtungen kämen, d. h. häufiger nicht aus der akut-stationären Versorgung, sondern aus Altersheimen. Langfristig sollen diese Instrumente mit dazu beitragen auch Patientinnen und Patienten entsprechend zu beraten und digitale Kompetenzen zu entwickeln. Aus Sicht der Projektverantwortlichen war hierfür ein probater Ansatz, das bestehende Qualifikations- oder Fortbildungsangebot für die Auszubildenden und Mitarbeitenden entsprechend digital zu verändern.

Projekt 5

Dem Projekt 5 liegt ein breit gefasstes Verständnis von Digitalkompetenz zugrunde, welches sich an dem von der WHO empfohlenen „Health in All Policies (HiAP)“-Ansatz orientiert. Diese WHO-Strategie verfolgt eine „ressort- sowie politikfeldübergreifende Zusammenarbeit im Sinne einer Gesundheit als gesamtgesellschaftliche[r] Aufgabe“ (Köckler/Geene 2022). Da sich aus Sicht des Projektträgers die unterschiedlichen Ebenen von Digitalkompetenz in allen gesellschaftlichen Bereichen nahtlos überschneiden, ist – in Anknüpfung an diesen Ansatz – ein fortlaufender Prozess der Digitalkompetenz für alle relevanten Stakeholder im Gesundheitssektor erfolgskritisch für kommunale Vorhaben, besonders zur Integration von Versorgung mit anderen Aktionsfeldern kommunaler Politik (wie etwa Bildung, Jugendhilfe, Wirtschaftsförderung).

Das Projekt selbst zielte hierbei auf eine Befähigung der Gesundheitsberufe mit der digitalen Transformation im Gesundheitswesen umzugehen. In erster Linie ging es dabei um eine Anwen-



dungs- sowie Vermittlungsbefähigung. Hauptbestandteil bei der Vermittlung waren dem Vernehmen nach nicht technische Kompetenzen, sondern eine fachliche und professionsspezifische Verankerung der unterschiedlichen digitalen Technologien. Hierbei sei versucht worden, zentrale Veränderungen, die durch technologische Innovation entstehen, mit fachspezifischen Kompetenzen zu vermitteln und mit einem Grundverständnis zu Technik, Recht, Datenschutz und Ethik zu begleiten. Vermittelt werden sollte hierbei also bspw. auch, was die digitale Transformation der Gesundheitsversorgung überhaupt bedeutet, auch mit Blick auf das eigene Werte- und Normensystem und wie man in diesem Kontext eine gewisse ethische und kritische Reflexionskompetenz erwerben kann.

Im Rahmen der umgesetzten Schulungen und Fortbildungen wurden konkrete Kompetenzen adressiert. Dies waren u. a.

- Kompetenzen in der Nutzung und Bewertung digitaler Prozessunterstützungslösungen (Hardware, Software),
- Kompetenzen und Verständnis der Regularien des Datenschutzes sowie deren Anwendung,
- Kompetenzen im Bereich der digitalen Kommunikation mit Kolleginnen und Kollegen sowie mit Patientinnen und Patienten
- Kompetenzen im Umgang mit und der Nutzung von Wissensplattformen,
- Kompetenzen in der Einbindung von digitalen Patienteninformationen, digitaler Diagnostik und Entscheidungshilfen sowie digitalen Interaktionsformaten in den Behandlungsprozess (u. a. digitale Gesundheitsanwendungen, Telemonitoring, etc.) und
- ethische Grundsätze der Digitalisierung im Gesundheitswesen.

Speziell in Fortbildungen erfolgte eine grundlegende Einführung in Anwendungen der Telematikinfrastruktur (bspw. elektronische Patientenakte und E-Medikationsplan). Die Priorisierung der (ausgewählten) Themen erfolgte im Zuge der Entwicklung der Multiplikatorenschulung. Maßgeblich mit eingeflossen sei hierbei die ausgewiesene fachliche Expertise involvierter Projektpartner in diesem Bereich. Diese Themen seien im Projektverlauf auch regelmäßig mit den vielen im Projekt involvierten Partnereinrichtungen besprochen worden. Hierdurch seien einrichtungsspezifische Schwerpunktsetzungen erfolgt.

Umsetzungserfahrungen

Stark projektabhängig war, welche Erfahrungen im Zuge der Umsetzung der Projektmaßnahmen gemacht wurden und welche Herausforderungen sich in diesem Zusammenhang ergeben haben, wie nachfolgend gezeigt wird.

Projekt 1

Die Umsetzung wird von der Projektleitung und den interviewten Lehrkräften als grundsätzlich gelungen bewertet, da das entwickelte digitale Konzept nachhaltig wirke und zukünftig im Rahmen der Ausbildung in der Pflegeschule einsetzbar sei. Neben den in den Ausbildungsmodulen integrierten digitalen Aspekten habe sich auch das neu entwickelte Modul zur technischen Einführung



(Grundlagen u. a. zur Office-Anwendungen, Dateispeicherung, Nutzung einer Lernplattform) bewährt, dessen Erfolg daran gemessen wurde, dass es keine Ausbildungsabbrüche mehr wegen Schwierigkeiten von Auszubildenden im Umgang mit digitalen Anforderungen gegeben habe. Bewährt habe sich hierbei zudem, dass die Auszubildenden bei Bedarf Einzelschulungen erhielten.

Projekt 1 ist allerdings eines von drei Projekten, bei denen im Umsetzungsverlauf das ursprünglich bewilligte Förderbudget nicht vollständig abgerufen werden. Eine von allen Interviewten genannte Herausforderung habe in der Entwicklung eines digitalen Konzepts für das schulinterne Curriculum zur generalistischen Pflegeausbildung bestanden, insbesondere vor dem Hintergrund, dass der zugrundeliegende Rahmenlehrplan selbst neu sei. Auch wenn der Landeslehrplan (für die Berufsfachschule Pflege des Landes Baden-Württemberg) einen Rahmen für Lehrinhalte setze, um digitale Fähigkeiten zu vermitteln, seien die dort gemachten Vorgaben recht allgemein gehalten, was die konkrete Umsetzung bzw. Ausgestaltung betrifft (vgl. auch *Kapitel 2*). Nachteilig sei, dass sich hieraus keine übergreifend gültigen Methoden oder Kompetenzen ableiten ließen. Sowohl die Frage, welche digitalen und technischen Möglichkeiten oder Themen mit Bezug zur Pflege es überhaupt gebe als auch die Frage, wie dies (auch angesichts der vielen verschiedenen Ausbildungsmodule) konkret im schulinternen Curriculum berücksichtigt werden könne, seien daher zentral für den Entwicklungsprozess im Projekt gewesen.

Anfänglich sei der Schwerpunkt auf technische Hilfsmittel in der Pflege und ein Skills Lab (Demo-Raum mit Kamera) gelegt worden. Die Erfahrung habe aber gezeigt, dass die Bestimmung relevanter digitaler Kompetenzen und deren Vermittlung von höherem Mehrwert für die Auszubildenden gewesen sei. Angesichts der heterogenen Altersgruppe der Auszubildenden sei hierbei mit der Grundlagenschulung ein möglichst niedrigschwelliger Ansatz gewählt worden. Als zentrale Kriterien für die Ausgestaltung des digitalen Konzepts wurden auch Motivation, Praxisbezug, der sichere Umgang mit Anwendungen sowie eine zielgruppengerechte Kommunikation identifiziert. Die (interviewten) Lehrkräfte hätten durch regelmäßige Bewertung, die Einschätzung von Digitalkompetenz in der Praxis und Weiterentwicklung maßgeblich zur Ausgestaltung und zum Gelingen des digitalen Konzeptes beigetragen. Von Relevanz sei zudem gewesen, alle Lehrkräfte, auch jene, die digitalen Neuerungen kritisch gegenüberstanden, mit in diesen Prozess einzubeziehen und ihnen – unabhängig von persönlichen Voraussetzungen – mit entsprechender Schulung zu ermöglichen, digitale Bestandteile in den Unterricht einzubauen.

Eine gewichtige Herausforderung bestand den Interviewten zufolge darin, dass es zu Verzögerungen der Umsetzung infolge der Nichtverfügbarkeit von erforderlichen technischen Hilfsmitteln (bspw. digitale Tafeln, Kameras) bzw. von Lieferengpässen sowie der Abhängigkeit von externen Dienstleistern gekommen sei. Dies habe zeitweise zur Folge gehabt, dass das digitale Konzept nur in Teilen in die Curricula eingebunden werden konnte und somit nur eingeschränkt im Unterricht einsetzbar gewesen sei. Gerade im Hinblick darauf, dass die Umsetzung und der Transfer eines solchen Konzepts Voraussetzung seien - auch weil viele Anforderungen sich erst im Prozess ergeben würden und nicht schon von vornherein antizipiert werden könnten - sei die Laufzeit der Förderung (von 1,5 Jahren) schlicht zu kurz gewesen. Zusätzlich erschwert worden sei die Umsetzung



durch die pandemiebedingten Einschränkungen, die zeitweise fortbestanden, besonders wenn es um persönliche Absprachen mit Auszubildenden oder Lehrkräften ging.

Projekt 2

Zu Projekt 2 wurde rückgemeldet, dass in den ersten Monaten der Projektumsetzung die erforderlichen Umsetzungsstrukturen und Angebotsinhalte (Workshops) ausgearbeitet wurden. In dieser Phase sei es u. a. wichtig gewesen, die E-Learning-Plattform zu gestalten. Konkret musste der Anmeldeprozess implementiert werden und ein selbststeuerndes Lernen mit digitalen Medien ermöglicht werden. Im nächsten Schritt ging es darum, die Lernprozesse der Teilnehmenden zu optimieren. Denn eine zentrale Herausforderung bei der Umsetzung des Projektes habe v. a. darin bestanden, die Maßnahmen zur Förderung sprachlicher Kompetenzen nachhaltig, flexibel und bedarfsorientiert in den beruflichen pflegerischen Alltag der Zielgruppen zu integrieren. Der Erfolg dieser Maßnahmen hing der Projektleitung zufolge in erster Linie an der Beteiligung, der Motivation und dem tatsächlichen Lernverhalten der Teilnehmenden. Hierüber hat der Projektträger die zuständigen Ansprechpersonen aus den beteiligten Einrichtungen, in denen die teilnehmenden Pflegekräfte beschäftigt waren, regelmäßig informiert. Diese Informationen wurden vom Träger überdies als wichtiges Instrument der Qualitätssicherung verwendet. Eine relevante Erkenntnis auf Basis der Projektevaluierung und Gespräche mit den Ansprechpersonen aus den beteiligten Kliniken sei gewesen, ein individuelles Coaching – neben Präsenztraining und E-Learning – im Lernprozess zu integrieren.

Die beteiligten Einrichtungen selbst hätten einen jeweils eigenen Umgang mit dem Lernprozess gefunden, wurde berichtet. Zwei von drei involvierten Kliniken setzten hierbei auf eine verpflichtende kontinuierliche Teilnahme am Angebot und stellten die betreffenden Mitarbeitenden wöchentlich frei, während die andere Klinik eher den Weg der Anerkennung ging, indem (vom Arbeitgeber und dem Projektträger unterzeichnete) Zertifikate ausgestellt worden seien. Im Zuge der Projektevaluierung seien weitere Optimierungsbedarfe identifiziert worden, die nicht Bestandteil des Projektantrags und in dieser Form nicht vorhersehbar gewesen seien. Aus Sicht der Projektleitung habe der Entwicklungsprozess des Angebots im Rahmen der Förderung noch nicht vollständig abgeschlossen werden können, um die Bedarfe der Kliniken vollständig abzudecken. Daher und damit das Angebot des Trägers auch nach Auslaufen der Förderung übergangslos weiter von den Kliniken genutzt werden kann, sei entschieden worden, dies mit Eigenmitteln weiter zu finanzieren. Gerade die beständige Weiterentwicklung und der regelmäßige neue Input an Lernmöglichkeiten v. a. der Selbstlernplattform habe sich bei der Umsetzung des Projekts bewährt, befand eine interviewte Ansprechperson eines Kooperationspartners. Dies sei besonders dazu geeignet, die Kompetenzentwicklung der Zielgruppen zu fördern, da hierdurch Eigeninitiative und Selbstwirksamkeit unterstützt würden.

Projekt 3

Aus den Interviews mit den ausgewählten Projektakteuren ging insbesondere hervor, dass die Umstellung des bestehenden trägerinternen Bildungsprogramms das zentrale Anliegen des Projekts war und auch durchweg gelungen sei, was auch seitens der interviewten Ansprechperson eines Kooperationspartners bestätigt wurde.



Nachdem zu Beginn des Projekts die erforderlichen Voraussetzungen – hierzu zählten besonders die initiale Konzeptentwicklung in Form eines Digitalisierungsmoduls innerhalb der Weiterbildungen, die Beschaffung und Einrichtung der Lernmanagementsoftware, die Einstellung und Involvierung einer Fachkraft für Medienpädagogik sowie die Einrichtung und Etablierung eines Showrooms zur Erstellung von Erklärvideos und Podcasts – geschaffen werden konnten, sei die Überführung der Weiterbildungskurse in das neue Format sukzessive erfolgt. Hierdurch hätten vor allem in den Phasen hoher Pandemie-Inzidenzen alle geplanten und gebuchten Weiterbildungen im neuen Format durchgeführt werden können. Bei fast allen Weiterbildungsthemen sei die Umstellung auf Blended-Learning-/Hybrid-Formate gelungen.⁴⁵ Eine wichtige Erkenntnis des Projekts war, dass bei den meisten Kursen viele Kursbestandteile gut digitalisierbar und in ein Onlineformat übertragbar gewesen seien.

Die Bedarfe seitens der Mitgliedseinrichtungen an derartigen Angeboten sei im Zuge der Coronapandemie außerdem deutlich gestiegen. Die Erfahrung im Projekt habe allerdings auch gezeigt, dass sich bestimmte Themen weniger für eine digitale Vermittlung eignen würden, wie bspw. die Trauerbegleitung, bei der es um ganz persönliche Prozesse von Hinterbliebenen gehe. Dies sei zudem abhängig von der Bereitschaft der jeweiligen Lehrkräfte. Eine Herausforderung bei der Erstellung digitaler oder multimedialer Inhalte sei, so berichtete die interviewte Fachkraft für Medienpädagogik, dass es eines gewissen Grads an Know-how bedarf, um die anspruchsvollen, verschiedenartigen Themen zielgruppenangemessen auf die jeweiligen Bedarfe der Mitgliedseinrichtungen ausgerichtet sowie qualitativ hochwertig darzustellen. Dies mache einen hohen Abstimmungsbedarf mit den jeweiligen Lehrkräften erforderlich. Gleichzeitig müssten Lehrkräfte im Umgang mit Lernmanagement-Software sowie weiteren Kollaborationsanwendungen sowie der anwendungsangemessenen Aufbereitung von Lerninhalten ausreichend geschult werden.

Darüber hinaus konnten nach Rückmeldung der Projektleitung im Rahmen des Projekts – nach Abstimmung mit den relevanten Akteurinnen und Akteuren der Mitgliedseinrichtungen zu einrichtungsspezifischen Fragestellungen – Kurzzeitfortbildungen konzipiert werden, die darauf zielten, Digitalisierungsaspekte über Inhouse-Schulungen anzubieten. Nach Rückmeldung der Projektleitung hätten diese aber nicht im ursprünglich geplanten Umfang stattgefunden. Einerseits habe kein Erfordernis bestanden, weil der Bedarf in den Mitgliedseinrichtungen schnell gesättigt gewesen sei durch geschulte Mitarbeitende, die die Weiterbildungsinformationen in den Einrichtungen weitergegeben hätten. Andererseits seien Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste durch einen hohen Fachkräftemangel und sich beständig ändernde Rahmenbedingungen auch mit

⁴⁵ Auch die Entwicklung eines Lehrplans sowie die Umsetzung der Weiterbildung zur Beratungskraft für digitale Anwendungen sei gelungen, wenngleich die Durchführung erst vergleichsweise spät (im Mai 2022) gestartet sei, da zunächst geeignete Lehrkräfte gefunden werden mussten und Öffentlichkeitsarbeit zur Bekanntmachung der Weiterbildung erforderlich war.



Blick auf Digitalisierungsanforderungen etwa zur Telematik-Infrastruktur geprägt.⁴⁶ Deshalb gebe es häufig keine personellen Kapazitäten für derartige Maßnahmen.

Projekt 4

Aus den Interviews mit den verschiedenen Akteuren aus dem Umfeld des Projekts (Leitungen, Mitarbeitende des Projektes und der Klinik) ging hervor, dass bestimmte Maßnahmen gelungen seien, andere hingegen nur teilweise oder nicht zufriedenstellend. Allgemein wurde die Einschätzung geäußert, dass viele Klinikakteure (Führungsebene, Praxislehrende und Stationsleitungen) den Wert des Projekts erkannt und unterstützt hätten. Hierdurch sei ein dringend erforderlicher Prozess zu stärkerer Digitalisierung und zur digitalen Befähigung von Auszubildenden/Studierenden sowie Mitarbeitenden der Klinik zwar initial angestoßen worden. Nach Ansicht der Projektleitungen würde die weitere Einführung allerdings noch einige Jahre benötigen.

Positiv hervorgehoben wurde die Implementierung einer virtuellen Lernplattform und eines analogen Lernraums in der Klinik. Für Videoproduktionen sei zudem entsprechende Ausrüstung beschafft worden. Gerade mit der Auswahl der Lernplattform seien die erforderlichen technischen Voraussetzungen geschaffen worden, Lernmaterial überhaupt zu digitalisieren und den Auszubildenden/Studierenden/Mitarbeitenden der Klinik anbieten zu können. Die Entscheidung über die konkreten Anschaffungen sei allerdings ein herausfordernder Prozess gewesen. So hätte die initiale Bedarfsabfrage in der Klinik zwar verschiedenartige Digitalisierungsbedürfnisse der unterschiedlichen Sektoren offengelegt, letztlich sei aber eine klare Priorisierung hin zur Befähigung von Mitarbeitenden (auch in der Praxis) erforderlich gewesen. Daher sei ein niedrigschwelliges Lernmanagementsystem mit starkem Praxisbezug ausgewählt worden, welches (aufgrund technischer Restriktionen des Kliniknetzwerks) außerhalb der technischen Klinikinfrastruktur betrieben werden konnte und das für Mitarbeitende auch außerhalb der Klinik erreichbar gewesen sei. Maßgeblich sei auch gewesen, das System nach Projektabschluss weiter nutzen zu können.

Auch der Prozess der technischen Befähigung der Projektdurchführenden und Dozierenden (Pflegelehrende und Praxisanleitende) mithilfe virtueller Schulungen wurde als gelungen bezeichnet. Referentinnen und Referenten wurden den Projektverantwortlichen zufolge in der Nutzung digitaler Angebote geschult, indem Pflichtfortbildungen als Prototypen digital erstellt und durchgeführt wurden. Der Erstellprozess der Angebote sei von den Projektmitarbeitenden unterstützt worden. Insgesamt positiv bewertet wurde die im Rahmen des Projekts erworbene technische Expertise der Dozierenden, wenngleich es als Herausforderung beschrieben wurde, dies nachhaltig „in den beruflichen Alltag [der Lehrkräfte] reinzubringen“, damit es trotz eingefahrener Routinen in der Klinikrealität Teil des Habitus und der Kompetenz wird. Dies setze eine entsprechende (Neu-)Organisation voraus, aber auch Überzeugungsarbeit zur Nutzung und Gestaltung eines derartigen

⁴⁶ Durch die Telematikinfrastruktur (TI) soll eine sichere Vernetzung der medizinischen Versorgung innerhalb Deutschlands ermöglicht werden. Durch diese Anbindung aller Beteiligten des Gesundheitswesens soll gewährleistet werden, medizinische Dokumente schnell, unkompliziert und sicher zu den behandelnden Ärzt/-innen zu übermitteln. Dies soll Mehrfachuntersuchungen vermeiden und das Gesundheitssystem effizienter machen. Gemäß dem Digitale-Versorgung-Gesetz mussten sich Apotheken bis zum 30. September 2020 und Krankenhäuser bis zum 1. Januar 2021 an die Telematikinfrastruktur anschließen. Eine Anbindung ambulanter und stationärer Pflegeeinrichtungen an die Telematik-Infrastruktur soll aktuell bis zum 1. Juli 2025 verpflichtend werden. Ursprünglich war eine Frist bis zum 1. Juli 2024 geplant.



Angebots. Am ehesten sei dies aus Sicht der operativen Projektleitung durch Direktansprache gelungen.

Im Umsetzungsverlauf hat sich auch herausgestellt, dass die im Projektantrag dargestellten Ziele, insbesondere im Hinblick auf die kurze Projektlaufzeit, zu umfangreich angesetzt worden seien. So sei u. a. eine flächendeckende Beteiligung weder der Praxisanleitenden noch der Auszubildenden in der Klinik gelungen. Dies führte dazu, dass die ursprünglich bewilligten Fördermittel nicht vollständig abgerufen werden konnten. Dies wurde auf verschiedene, teils zusammenwirkende Faktoren zurückgeführt.

Ein wichtiger Faktor wurde beim Projektpersonal ausgemacht. Gerade bei der Personalrekrutierung habe sich der allgemeine Fachkräftemangel bzw. eine angemessene Besetzung als gewichtige Herausforderung dargestellt. Die neu eingestellten Personen hätten zwar über den geforderten akademischen Abschluss verfügt, aber über keinen Abschluss im Pflegebereich. Ursprünglich war man davon ausgegangen, klinikinternes Personal rekrutieren zu können, was den deutlichen Vorteil gehabt hätte, dass die Klinikstrukturen bekannt sind. Da dies nicht möglich war, musste extern – mit relativ berufsunerfahrenen Studienabsolventen – besetzt werden. Die Erfahrung habe gezeigt, dass bei dem eingesetzten Personal nicht nur Fachwissen aus dem Pflegebereich und Kenntnisse über die Klinikstrukturen fehlten, sondern teilweise auch ein fundiertes Verständnis im Digitalisierungsbereich. Zusätzlich erschwert worden sei die Arbeit im Projektteam dadurch, dass aufgrund mangelnder Projekt- und Projektfördererfahrung eher eine theoretisch geleitete Arbeitsweise statt der erforderlichen Praxisorientierung überwog. Dies habe dazu geführt, dass ein höheres Maß an Personalbetreuung nötig gewesen sei. Die zwischenzeitlich fortbestehenden pandemiebedingten Beschränkungen hätten ein „Ankommen“ des Projektpersonals in der Praxis zusätzlich erschwert. Nicht zuletzt auch infolge von projektbedingten Befristungen sei der Personaleinsatz im Projekt insbesondere von einer durchgehenden Personalfluktuations geprägt gewesen, was zu Verzögerungen bei der Umsetzung geführt habe.

Zeitliche Verzögerungen bei der Umsetzung wurden auch auf bestehende Organisationsabläufe und -strukturen zurückgeführt, insbesondere aufgrund erforderlicher Abstimmungsbedarfe mit zuständigen fachbezogenen oder übergreifenden Abteilungen (etwa der Marketingabteilung) sowie mit Entscheidungsträgerinnen und -trägern (Geschäftsführende, Betriebsrat u. a.) der Klinik. Für die Projektleitungen war eine wichtige Erkenntnis aus der Umsetzungsphase, dass der für digitales Lernen erforderliche Organisationsgrad (besonders die verwaltungstechnische Umsetzung digitaler Prozesse) in erster Linie aufgrund der Größe und Verfasstheit der Klinik (bislang) noch nicht erreicht werden konnte – was auch auf die kurze Förder-/Projektlaufzeit zurückgeführt wurde. Hierfür müsste eine steuernde Kontroll- und Administrationsinstanz (am ehesten auf Ebene der Geschäftsführung) die Zusammenführung aller Arbeitsgruppen in der Klinik, die sich mit digitalen Prozessen beschäftigen, initiieren. Zum Zeitpunkt der Interviews bestand der Plan, dass dies von einer (damals noch ausgeschriebenen) Bildungsredaktion übernommen werden sollte,



die diese Aufgabe auch nach dem Projektende fortführt.⁴⁷ In diesem Zusammenhang sollte auch ein Seminarverwaltungsprogramm für die Klinik beschafft werden, um u. a. zu kontrollieren, welche Mitarbeitenden inhaltlich geschult wurden und auf welchem Stand sie seien. Da der Sachkostenzuschuss im Rahmen der Förderung von den Personalkosten abhängig sei, wurde hier auf Kalkulationsschwierigkeiten angesichts der permanenten Personalfuktuation verwiesen. Bei der Umsetzung von Lernmaterialien (wie Video-Tutorials) habe sich überdies gezeigt, dass dies angesichts der Masse an Inhalten ohne Unterstützung externer Firmen faktisch nur mit (erheblicher) Zeitverzögerung umsetzbar sei.

Neben den organisationsbedingten Aspekten wurden technische Hürden als Herausforderungen bei der Projektumsetzung genannt. So sei bspw. aufgrund der gegebenen Sicherheitsanforderungen des technischen Klinik-Netzwerks weder ein Zugang zur Lernplattform noch kollaboratives digitales Arbeiten möglich gewesen. Es habe über ein Jahr gedauert, die entsprechenden technischen Voraussetzungen zu schaffen. Die Gründe hierfür waren fehlende Personalressourcen eines externen IT-Dienstleisters, Lieferschwierigkeiten für benötigte Hard- und Software und mangelnde Verfügbarkeit klinikinterner Ressourcen in den zuständigen Dienstleistungsbereichen. Auch die technische Grundausstattung innerhalb der Klinik wurde als unzureichend eingeschätzt. Hier wurde konkret auf eine klinikweite Ausstattung von Lernrechnern auf den Stationen und die Weiterentwicklung der technischen Netzwerkinfrastruktur verwiesen.

Projekt 5

Aus Sicht der interviewten Akteurinnen und Akteure aus dem Umfeld des Projekts (Projektleitung, Projektmanager sowie ausgewählte Projektpartnerinnen und -partner) hat sich im Zuge der Umsetzung insbesondere das Gesamtkonzept bzw. der multimodale Ansatz des Projektes bewährt. Das Projekt fungiere als Vorreiter für das Thema Digitalkompetenzen im Gesundheitssektor, welches auch politisch in Bund und Ländern konkret adressiert werde und zunehmend an Bedeutung gewinne. Der große Mehrwert des inhaltlich breit angelegten Projekts habe zum einen darin bestanden, dass hierdurch „Raum geschaffen“ wurde für neue Konzepte und Ansätze bei relevanten Bildungseinrichtungen dieses Sektors. Nach Ansicht der interviewten Partnervertretungen könnten auch zukünftig andere Einrichtungen und Projekte hiervon stark profitieren. Zum anderen sei es im Rahmen des Projekts gelungen, eine heterogene Gruppe relevanter Akteurinnen und Akteure aus dem Gesundheitssektor bzw. die verschiedenen Professionen zusammenzubringen und ein Diskussionsforum zu schaffen, „das es so nicht nochmal gibt [im Land]“. Auch wenn die bewusst angestrebte Heterogenität der einzelnen Partner v. a. anfänglich durchaus eine Herausforderung für die Projektkoordination dargestellt habe (etwa die unterschiedlichen Bedürfnisse der Einrichtungen zu berücksichtigen), sei durch den Austausch in der Zusammenarbeit mit diesem Konsortium und die Einbindung der verschiedenen Gesundheitsregionen des Landes ein konkreter Theorie-Praxis-Transfer geleistet worden, der als sehr effektive Maßnahme betrachtet wird, die digitale Transformation des Gesundheitssektors voranzutreiben. Die Zusammenarbeit und Abstimmung

⁴⁷ Deren Aufgabenspektrum sollte die Betreuung und den Betrieb der digitalen Lernplattform, die (Weiter-)Entwicklung von Konzepten zur Unterstützung des digitalen Lernens in der Klinik, die Schulung, Beratung und Anleitung von Nutzern der Lernplattform, die Schulung und Beratung von Lehrenden bei der Erstellung von Inhalten in die Lernplattform und die Administration und Pflege der Inhalte der Lernplattform umfassen.



im Konsortium, die von vornherein als erfolgskritisch für die Projektumsetzung erachtet wurde, habe sich nach einhelliger Meinung aller Interviewten besonders bewährt. Als ebenfalls besonders zielführend und auch neuartig bewertet wurde der Ansatz, Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zu qualifizieren und hierüber, mithilfe konkreter (selbstgewählter) Anwendungsszenarien, „die Digitalisierung in die Einrichtungen zu bringen“. Die Multiplikatorenschulungen erfolgten in mehreren Durchläufen.

Bestimmte Projektziele wurden der Projektleitung zufolge im Zuge der Umsetzung (teilweise) erreicht. So sei die Implementierung der innovativen Angebote wie geplant gelungen. Hierzu zählten auch die Digital Health Labs und Showrooms als Erfahrungs-, Experimentier- und Diskursräume für digitale Gesundheitsversorgung. Ebenfalls gelungen sei die Digitalisierung ausgewählter Anwendungsszenarien, wie z. B. die digitale Wunddokumentation, die Einführung einer digitalen Pflegedokumentation oder eine Tele-Praxisanleitung. Außerdem seien bei einigen Partnereinrichtungen bestimmte Schulungsinhalte in deren Curricula aufgenommen worden. Eine Aufnahme digitaler Themen etwa in landesweite Curricula stand hingegen aus. Verschiedentlich wurde in diesem Zusammenhang auf bestimmte Herausforderungen verwiesen, die eine Integration digitaler Inhalte in die Curricula von Ausbildungen oder Studiengängen im Bereich Medizin und Pflege erschweren würden. Aus Sicht einer Interviewperson mit ausgewiesener Expertise in den Bereichen digitale Medizin sowie Qualifizierung von Fachkräften für den digitalen Wandel im Gesundheitssektor müsse zwischen der Situation im ärztlichen und pflegerischen Bereich unterschieden werden. So seien bspw. mit dem (ab 2025 verpflichtenden) Lernzielkatalog Medizin digitale Kompetenzen für medizinische Fakultäten abgebildet, zudem gebe es auch ein Fortbildungscurriculum, das es erlaubt, eine Basisqualifizierung durchzuführen. Vertiefende Fortbildungsformate für medizinische Leistungserbringende seien hingegen von den Ärztekammern noch nicht definiert oder reguliert worden, dies gelte v. a. für die bereits approbierte Ärzteschaft. Im Bereich der Pflege stelle sich die Situation im Rahmen der akademischen und v. a. der nicht-akademischen Primärqualifikation deutlich heterogener dar. Einer anderen Interviewperson zufolge bestehe hier v. a. das Problem, dass die Vorgaben der Bundesländer in den Rahmenlehrplänen zu wenig ausformuliert seien – ein Aspekt, der schon im Kontext von Projekt 1 herausgestellt wurde.

Trotz der genannten Alleinstellungsmerkmale und erzielten Umsetzungserfolge konnte das Projekt aufgrund bestimmter Rahmenbedingungen nicht in der ursprünglich geplanten Intensität durchgeführt werden, wie die Projektleitung zusammenfasste. Somit ist auch Projekt 5 eines von drei Projekten, bei denen das ursprünglich bewilligte Förderbudget nicht vollständig abgerufen werden konnte. Zum einen wurde dies darauf zurückgeführt, dass die Umsetzung auch in diesem Projekt durch fortbestehende Pandemieeinschränkungen beeinträchtigt wurde. In besonderem Maße habe dies für die in Präsenz geplanten Fortbildungen gegolten. Herausforderungen waren hier relativ hohe Krankenstände sowie Quarantäne-Regelungen, v. a. in den ambulanten und stationären (Pflege-)Einrichtungen. Dies habe ein hohes Maß an Flexibilität seitens der Organisatoren und Teilnehmenden der Multiplikatorenschulungen erforderlich gemacht. Zudem hätten bekannte Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen die Umsetzung grundsätzlich erschwert. So gebe es weiterhin Vorbehalte vieler Akteurinnen und Akteure und Einrichtungen digitale Methoden einzuführen. Andererseits würden sich bestimmte digitale Methoden oder Instrumente häufig als wenig



praxistauglich und passgenau für versorgungsrelevante Problemlagen erweisen. So bestehe nach wie vor eine „große Diskrepanz zwischen ja dem, was die Technologie häufig verspricht und das, was dann in der Praxis alles nicht gehalten wird“, wie eine Interviewperson zusammenfasste. Zum anderen wurde auch hier verschiedentlich auf eine zu kurze Förderlaufzeit ohne die Möglichkeit einer Laufzeitverlängerung verwiesen, die in Verbund mit den vorgegebenen (hohen) administrativen Hürden⁴⁸, eine vollumfängliche Durchführung des Projektplans unmöglich gemacht hätten.

Zusammenfassend zeigt sich auf Basis der Fallstudienresultate zum einen, dass viele der zentralen Maßnahmen der einzelnen Förderprojekte offenbar gelungen sind. Zum anderen kam es jedoch bei drei der fünf Projekte zu klar benannten Umsetzungsschwierigkeiten. Diese hatten zur Folge, dass bestimmte Maßnahmen entweder nur teilweise oder gar nicht umgesetzt werden konnten. Auffällig ist hierbei, dass die drei Projekte umfangreiche, teilweise eng getaktete und aufeinander aufbauende Maßnahmen anstrebten und mit Blick auf Abstimmungsprozesse oder Involvement von Partnern anspruchsvoller waren. Dennoch scheinen die Umsetzungsschwierigkeiten projektspezifisch unterschiedlich begründet zu sein. Zentrale Gründe hierfür waren insbesondere Schwierigkeiten bei der Personalrekrutierung, hohe Krankenstände sowie Quarantäne-Regelungen v. a. in den ambulanten und stationären (Pflege-)Einrichtungen, zeitaufwändige Abstimmungsbedarfe sowie die Einhaltung bestehender Organisationsabläufe und -strukturen, Vorbehalte von Akteuren und Einrichtungen, digitale Methoden einzuführen, zeitliche Verzögerungen aufgrund von Nichtverfügbarkeit und Lieferengpässen bei erforderlichen technischen Hilfsmitteln oder aufgrund der Abhängigkeit von externen Dienstleistern sowie technische Hürden bei den betreffenden Einrichtungen. Die genannten Aspekte korrespondieren auch mit bekannten systemischen Problemen des Gesundheitswesens (vgl. Kapitel 2). Ein zentraler förderspezifischer Grund für das Nichterreichen von geplanten Maßnahmen der voraussetzungsvolleren Projekte war schließlich die relativ kurze Förderlaufzeit.⁴⁹ Verschiedentlich moniert wurden darüber hinaus Schwierigkeiten bei der Projektadministration angesichts der gegebenen ESF-Regularien und zeitlichen Vorgaben, die von geförderten Projekten einzuhalten sind und eine „realistische Projektabwicklung fast nicht möglich machen“. Die Administration wird im Vergleich zu anderen Drittmittel-Administrationen als komplex und schwierig bewertet. Auch wurde von Verzögerungen bei der Finanzabwicklung bzw. Auszahlung von Mittelabrufen an Träger berichtet.

5.3 Outputs

In diesem Abschnitt wird der Frage nachgegangen, welche Outputs mit den umgesetzten Aktivitäten generiert wurden. In Anlehnung an das theoretische Wirkungsmodell (*Kapitel 4*) lassen sich die

⁴⁸ Insbesondere die Mittelabrufe hätten aufgrund der Vorgaben grundsätzlich nur mit starker zeitlicher Verzögerung funktioniert, was zu beständiger Frustration bei den Programmverantwortlichen geführt habe und zur Notwendigkeit, dies allen involvierten Projektpartnern zu vermitteln. Eine besondere Herausforderung hierbei seien die Anforderungen an die zu erbringenden Nachweise für die Mittelabrechnungen gewesen, mit deren Erfüllung sich einige Projektpartner aus Gründen des Datenschutzes schwergetan hätten.

⁴⁹ Überdies wurde das Ausschreibungsverfahren verschiedentlich als zeitintensiv bewertet. Besonders der Beantragungszeitraum wurde als zu knapp bemessen eingeschätzt, um andere Stellen oder (Partner-)Einrichtungen angemessen in die Projektkonzipierung und Antragsformulierung einbinden zu können.



Outputs daran bemessen, in welchem Umfang Zielgruppen erreicht werden konnten und welche Herausforderungen im Hinblick auf die Erreichbarkeit der Zielgruppen bestanden.

Umsetzungsstand

Zum Ende der Förderung – Ende Dezember 2022 – konnten insgesamt 366 Teilnehmende durch die REACT-EU-geförderten Projekte erreicht werden, wie die Monitoring-Daten zeigen (vgl. *Tabelle 2*).⁵⁰ Konkret als Teilnehmende wurden gezählt:

- *Projekt 1:* Schülerinnen und Schüler einer Klasse für die generalistische Pflegeausbildung.
- *Projekt 2:* Ausländische Fachkräfte in der Anerkennung, die in den (Partner-)Kliniken des Projektträgers beschäftigt waren.
- *Projekt 3:* Teilnehmende einer themenspezifischen Weiterbildung des Projektträgers, die selbst zwar nicht gefördert, aber im Zuge des Projekts in ein Blended-Learning oder ein hybrides Format (d.h. eine Fortbildung, die gleichzeitig online und in Präsenz stattfindet) überführt wurden.⁵¹ Überdies Teilnehmende einer im Rahmen des Projekts neu entwickelten Weiterbildung zur Beratungskraft für digitale Anwendungen in Pflegeeinrichtungen.
- *Projekt 4:* Mitarbeitende, d. h. Führungskräfte aus dem Pflegemanagement sowie Lehrende/Praxisanleitungen der beiden im Projekt involvierten Kliniken. Diese wurden im Zuge des Projekts im Umgang mit der (Lern-)Plattform angeleitet. Die Dozierenden wurden auch darin qualifiziert, stationsspezifische Inhalte, Lerndokumente/-videos oder Selbstlernprogramme usw. zu produzieren.
- *Projekt 5:* Teilnehmende, der im Zuge des Projekts durchgeführten Multiplikatorenschulungen, die eine zentrale Maßnahme des Projekts waren.

Dabei war stark projektabhängig, in welchem Umfang Eintritte erfolgten, wie *Tabelle 2* zeigt. So erfolgten die häufigsten Eintritte in den Projekten 2, 3 und 5. Dabei ist die vergleichsweise hohe Teilnehmendenzahl in Projekt 3 (n=216) v. a. darauf zurückzuführen, dass hier Teilnehmende aller fachlicher Weiterbildungen des Trägers mitberücksichtigt wurden, die in einem digitalen Format angeboten wurden. An diesem Beispiel wird deutlich, dass die absoluten Teilnahmezahlen im Rahmen der Förderung nur schwerlich zwischen den Projekten vergleichbar sind. Überdies legen die Monitoringdaten nahe, dass die Verteilung nach ausgewählten Merkmalen (wie Geschlecht, Alter und Bildungsstatus) der Teilnehmenden naheliegender Weise projekt- und zielgruppenabhängig war. Teils kann dies aber auch auf Unterschiede zwischen den absoluten Eintrittszahlen zurückgeführt werden.

⁵⁰ Dies ist auch der Ist-Stand für den OP-definierten Outputindikator CV31 (Unterstützte Teilnehmende (Bekämpfung von COVID-19)) in Priorität E, zu dem die hier evaluierte Förderung nur marginal beiträgt (angesichts des Zielwertes von 66.024 Teilnehmenden). Im spezifischen Ziel E 1.1 sind es immerhin knapp 10.000 Teilnehmende, die unterstützt wurden.

⁵¹ Dies inkludiert auch eine (optionale) Kurzeinführung in die Nutzung der eingesetzten Videokonferenzlösung und Lernmanagementplattform.



Tabelle 2: Teilnehmende der Förderung nach ausgewählten Merkmalen

	Projekt 1	Projekt 2	Projekt 3	Projekt 4	Projekt 5	Gesamt	
	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anzahl	Anteil in %
Insgesamt	18	53	216	17	62	366	
Geschlecht							
männlich	5	13	30	9	27	84	23 %
weiblich	13	40	186	8	35	282	77 %
Alter							
unter 25 Jahre alt	7	21	6	2	1	37	10 %
25 bis 44 Jahre alt	7	28	84	4	37	160	44 %
45 bis 54 Jahre alt	4	4	64	4	12	88	24 %
über 55 Jahre alt	0	0	62	7	12	81	22 %
Erwerbsstatus							
nicht erwerbstätig	0	0	2	0	1	3	1 %
erwerbstätig	18	53	213	17	61	362	99 %
arbeitslos gemeldet	0	0	1	0	0	1	0 %
Bildungsstatus							
Niedriges Bildungsniveau	0	0	8	0	0	8	2 %
Mittleres Bildungsniveau	18	37	144	8	17	224	61 %
Hohes Bildungsniveau	0	16	64	9	45	134	37 %
Migrationshintergrund							
Personen mit Migrationshintergrund	12	48	13	0	1	74	20 %

Quelle: L-Bank Monitoringdaten Datenstand 30.06.2023, eigene Berechnungen. Beim Migrationshintergrund handelt es sich um eine freiwillige Angabe. Die tatsächlichen Zahlen können daher höher liegen.

Aufschlussreich ist noch ein Blick darauf, inwiefern die projektspezifischen Teilnehmenden-Planzahlen erreicht werden konnten. So konnten diejenigen Projekte (Projekt 2 und 3), bei denen es im Umsetzungsverlauf nicht zu einer Reduzierung der ursprünglich bewilligten Fördermittel kam, die jeweiligen Planzahlen (annähernd) erreichen. Bei den drei Projekten (Projekt 1, 4 und 5), die die Mittel nicht ausschöpfen konnten, liegen die Teilnehmendendaten hingegen (teilweise deutlich) unterhalb der projektspezifischen Plandaten. Dieses Ergebnis zeigt einen direkten Zusammenhang zwischen geringerem Mittelabruf aufgrund umsetzungsbedingter Schwierigkeiten und dem Nichterreichen von Teilnehmenden-Planzahlen. Im Rahmen der Förderung gab es überdies eine relativ hohe Anzahl von Bagatellteilnahmen (rd. 1.000 Fälle), v. a. in den Projekten 3, 4 und 5.⁵² Diese werden im Rahmen der ESF-Förderung allerdings nicht als reguläre Teilnahmen gezählt.

⁵² Hierbei handelt es sich um (Bagatell-)Teilnehmende individueller Kurzberatungen (max. 1 Tag bzw. 8 Stunden, z.B. Telefonberatungen und sonstige Kurzzeitberatungen) oder kollektiver Informationsveranstaltungen.



Herausforderungen bei Zielgruppenerreichung

Die nachfolgend zusammengefassten Ergebnisse der durchgeführten Fallstudien zeigen, dass sich die Rekrutierungsprozesse sowie Herausforderungen hinsichtlich der Zielgruppen(-erreichung) wesentlich zwischen den Projekten unterschieden.

Hinsichtlich der Frage, wie die *Rekrutierung von Teilnehmenden* erfolgte und welche konkreten *Anforderungen an die Zielgruppe(n)* gestellt wurden, zeigt sich bei

- *Projekt 1:* Hier war keine Rekrutierung erforderlich, da das im Rahmen des Projekts umgesetzte Digitalkompetenz-Modul zur digitalen Befähigung (als Pflichtmodul) in Klasse(n) für generalistische Pflegeausbildung eingebunden bzw. Bestandteil des Unterrichts wurde. Die konkreten (Kompetenz-)Anforderungen an die Teilnehmenden wurden als sehr niedrig eingeschätzt.
- *Projekt 2:* Der Projektleitung zufolge rekrutierte der Träger im Zuge des Projekts Kliniken u. a. durch Direktmarketing. Zudem konnten sich (potenzielle) Kliniken über die Projektwebseite bewerben. Der Kontakt zu den Mitarbeitenden sei v. a. zustande gekommen, entweder weil Mitarbeitende sich selbst meldeten oder weil Stationsleitungen bzw. Praxisanleitungen, die Mitarbeitende eng betreuen, entsprechende Unterstützungsbedarfe beim Projektträger gemeldet hätten. Neben der Voraussetzung, dass die ausländischen Mitarbeitenden aus den Kliniken mindestens über das Sprachniveau B1 verfügen, sei bei der Anmeldung dieser Personen darauf geachtet worden, diejenigen auszuwählen, „bei denen wir wissen, die sind motiviert, zeigen Eigeninitiative und die nutzen das Projekt auch“. Um die Motivation zu steigern, sei auch ein entsprechendes Teilnahmezertifikat entwickelt worden.
- *Projekt 3:* Die Rekrutierung der Teilnehmenden für die einzelnen Fortbildungen erfolgte – der Projektleitung zufolge – über den trägerinternen Newsletter, das Webportal des Landesverbands, zu dem der Träger gehört sowie über eigene Fachreferentinnen und -referenten auf verschiedenen Veranstaltungen. Die Weiterbildungen selbst setzten grundsätzlich eine pflegerische oder soziale Berufsausbildung voraus sowie einschlägige Berufserfahrung im betreffenden Bereich. Bestimmte Anforderungen hinsichtlich Digitalkompetenzen haben hingegen nicht bestanden.
- *Projekt 4:* Zur Bekanntmachung des Projekts bei der Klinikbelegschaft wurden regelmäßig bestimmte Kommunikationskanäle genutzt (u. a. eine Applikation, auf die alle Mitarbeitende Zugriff haben), wie von den Projektverantwortlichen berichtet wurde. Im Zuge des Projekts erfolgte eine initiale Abfrage bei den Mitarbeitenden und Auszubildenden der Klinik zu digitalen Unterstützungsbedarfen. Im Anschluss daran seien die Projektmitarbeitenden sukzessive aktiv auf die Lehrkräfte und Praxisanleitenden zugegangen, die zuständig waren für diejenigen (ausgewählten) Themen aus der Bedarfsabfrage, zu denen Lernprototypen erstellt werden sollten. Eine zentrale Anforderung an teilnehmende Lehrkräfte und Praxisanleitende war die Planung, was im Rahmen des Lernmaterials inhaltlich dargestellt werden sollte.
- *Projekt 5:* Im Rahmen dieses Projekts wurden bestimmte Partnerinstitutionen auch deshalb ausgewählt, um (repräsentativ) Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zu rekrutieren. Hierbei wur-



den bewusst immer Einrichtungen aus verschiedenen Ebenen angesprochen. Nach Rückmeldung einer interviewten Partnervertretung seien die Zielgruppen des Projekts sehr heterogen gewesen, da sich die Multiplikatorenschulungen v. a. an die Ärzteschaft und Pflegefachkräfte, aber auch an verschiedene andere Fachkräfte der Gesundheitsberufe richteten. Eine wichtige Voraussetzung war, dass die potenziellen Multiplikatorinnen und Multiplikatoren „an der Schnittstelle zwischen Bildung und Gesundheitsversorgung beschäftigt sind und die notwendigen Veränderungsprozesse der digitalen Transformation, v. a. durch die Konzeptionimplementierung von Qualifizierungsprogrammen für Aus-, Fort-, Weiterbildung fördern wollen und können“, wie ein interviewter Partnerakteur zusammenfasste. In dieser Hinsicht habe sich im Zuge der Umsetzung gezeigt, dass das Erfahrungsspektrum ebenso heterogen gewesen sei wie das Teilnehmerspektrum selbst. Eine weitere Teilnahmevoraussetzung bei den Multiplikatorenschulungen war, dass die potenziellen Teilnehmenden über gewisse Grunderfahrungen mit digitalen Methoden/Anwendungen sowie grunddidaktische Erfahrungen/Qualitäten (aber nicht notwendigerweise eine Didaktikausbildung) verfügten. Zudem musste ein Anwendungsszenario aus dem eigenen Tätigkeitsfeld vorgebracht werden, das im Rahmen der Schulungen bearbeitet wurde.

Konkrete *Herausforderungen hinsichtlich der Zielgruppenerreichung* waren bei:

- *Projekt 1:* Die Teilnehmenden-Planzahlen wurden den Projektverantwortlichen zufolge bei diesem Projekt nicht erreicht, weil die beteiligte(n) Pflegeklasse(n) – aufgrund der Neueinführung der generalistischen Pflegeausbildung sowie der teils fortbestehenden Pandemiesituation – mit weniger Schülerinnen und Schülern besetzt waren als geplant. Zudem mussten die Anforderungen bzgl. Digitalkompetenzen aufgrund der heterogenen Struktur und teils mangelnden digitalen Fähigkeiten/Kenntnissen der Teilnehmenden abgesenkt werden.
- *Projekt 2:* Einer Interviewperson zufolge, die für die Integration von ausländischen Mitarbeitenden einer im Projekt involvierten Klinik zuständig war, war demnach eine zentrale Herausforderung auch bei dieser Zielgruppe, dass sie häufig nur über sehr geringe Digitalisierungskompetenzen verfügte, insbesondere weil keine entsprechenden Möglichkeiten in den Herkunftsländern zur Verfügung stünden. Daher seien die konkreten Anforderungen an die Teilnehmenden sehr niedrigschwellig angesetzt worden.
- *Projekt 3:* In diesem Projekt habe es „ein ziemlich breites Spektrum an verschiedenen digitalen Kenntnissen“ gegeben, was dem Vernehmen nach mit der heterogenen Teilnehmenden-Struktur (mit Blick auf Berufsgruppen und Alter) zusammenhing. Dies habe es erschwert, ein passgenaues Angebot festzulegen.
- *Projekt 4:* Bei diesem Projekt wurden die Planzahlen bei den Teilnahmen deutlich nicht erreicht. Rückgemeldet wurde, dass die Rekrutierung der Führungskräfte, Praxisanleitenden sowie (Pflege-)Lehrenden relativ schwierig und die Abstimmung von Terminen zeitaufwändig gewesen sei, da diese Zielgruppen grundsätzlich zeitlich stark in ihren Aufgabenbereichen eingebunden sind – erschwerend hinzu kamen Schichtarbeit, Tätigkeiten an unterschiedlichen Standorten und auch pandemiebedingte Einschränkungen. Auch wenn die Bereitschaft zur Teilnahme häu-



fig bestanden habe, sei dies zeitlich für viele Mitarbeitende nicht während der Arbeitszeit möglich gewesen. Vergleichsweise große Offenheit für eine Teilnahme hätten v. a. Dozierende für Pflichtfortbildungen gezeigt.

- *Projekt 5:* Auch bei diesem Projekt wurden auffällig weniger Teilnehmende erreicht als geplant. Dies wurde seitens des Projektträgers auf eine gewisse Fokussierung des Multiplikatoransatzes zurückgeführt, gleichzeitig sei aber eine große Anzahl an Bagatellteilnahmen erfolgt, wodurch eine höhere Durchdringung des umgesetzten Qualifizierungsangebots möglich gewesen sei. Hauptschwierigkeiten im Rahmen des Projekts bestanden den Projektverantwortlichen zufolge in fehlenden zeitlichen Ressourcen sowie aufgrund der fortbestehenden angespannten Pandemielage, besonders im Hinblick auf Krankenstand und Arbeitsrückstand. Es habe auch Ausfälle bei den Teilnahmen gegeben, weil bspw. Führungskräfte wegen des Personalmangels kurzfristig in der akuten Pflege mitarbeiten mussten. Hierbei wurde versucht, dass die betreffenden Teilnehmenden dies nachholen konnten.

5.4 Nutzen und Wirkungen der Förderung

In diesem Abschnitt werden die zentralen Evaluationsbefunde zum Nutzen und zur Wirksamkeit der Förderung dargestellt. Zunächst wird hierbei auf die Outcomes der Förderung und anschließend auf die Aspekte der Verstetigung und Skalierbarkeit der geförderten Projekte geblickt.

Zur Diskussion der Outcomes werden ausgewählte Ergebnisse aus der Teilnehmendenbefragung berücksichtigt, die im Zuge der Evaluation durchgeführt wurde. Wie allerdings bereits bei den Ausführungen zum methodischen Vorgehen (*Kapitel 3*) angemerkt, ist die Aussagekraft dieser Ergebnisse eingeschränkt, da zum einen nur Teilnehmende aus drei der fünf Projekte (Projekt 2, 3 und 4) kontaktiert werden konnten und zum anderen die Rücklaufquote gering war.

Outcomes

Outcomes beschreiben die unmittelbaren Ziele und Veränderungen für die Teilnehmenden einer Förderung. Gemessen an der Zielerreichung des im OP-definierten Ergebnisindikators für die REACT-EU-Förderung in Baden-Württemberg, kann die Förderung ganz allgemein als erfolgreich gewertet werden: Von allen ausgetretenen Teilnehmenden konnten 90 Prozent bei ihrem Austritt eine Qualifikation erlangen, womit die Quote etwas höher als der Zielwert für die gesamte REACT-EU-Förderung (87 Prozent) liegt.⁵³ Bei drei Projekten lag diese Quote gar höher. Für die Teilnehmenden ergibt sich ein ganz konkreter Nutzen der Förderung somit aus Qualifizierungsbestandteilen der einzelnen Projekte, auch wenn diese zunächst noch unspezifisch sind.

Wie in der Programmlogik (*Kapitel 4*) ausgeführt, zielte die Förderung in erster Linie auf eine digitale Befähigung und Verbesserung der Digitalkompetenzen der adressierten Zielgruppen. Zur Bewertung der Wirksamkeit der Förderung wurde in diesem Zusammenhang auch analysiert, welche Veränderungen mit den geförderten Maßnahmen für die Zielgruppen einhergingen. Hier lag der

⁵³ Gemäß OP handelt es sich um Indikator CVR2 „Teilnehmer, die bei Austritt eine Qualifizierung erwarben“, zu dem alle drei spezifischen Ziele der REACT-EU-Förderung beitragen.



Fokus auf möglichen Veränderungen im Hinblick auf die berufliche Praxis, konkret mit Blick auf Arbeitsinhalte und -abläufe sowie Arbeitsbelastungen.

Im Hinblick auf die *digitale Befähigung* der jeweiligen Zielgruppen zeigen die Fallstudienenergebnisse, dass die interviewten Projektverantwortlichen, Vertretungen von Partnern sowie Teilnehmenden den jeweiligen Projekten eine Veränderungswirksamkeit beimessen. Naheliegend ist, dass eine Verbesserung von (konkreten) Digitalkompetenzen stark projekt- und zielgruppenabhängig war:

- In *Projekt 1*, das sich an die beiden Zielgruppen Schülerinnen und Schüler der generalistischen Pflegeausbildung sowie Lehrkräfte richtete, habe die digitale Befähigung in erster Linie im Erwerb entsprechender Anwendungskompetenzen bestanden, d. h. im Umgang mit digitalen Hilfsmitteln (v. a. digitale Tafeln) und Arbeitsgeräten (Rechner). Daneben umfasste die digitale Befähigung (praxisbezogenes) Basiswissen zur Datenverarbeitung, Quellenrecherche u. a.
- In *Projekt 2* sei konkret das digitale Lernen der Zielgruppe der ausländischen Fachkräfte verbessert worden, insbesondere im Hinblick auf die Sprachbeschulung bzw. kommunikative Fähigkeiten.
- In *Projekt 3* seien im Zuge der themenbezogenen Weiterbildungen im digitalen Format neben der inhaltlich-fachlichen Qualifizierung der Teilnehmenden bestimmte digitale Anwendungskompetenzen (Umgang mit der eingesetzten Lernplattform und Videokonferenzlösung) gestärkt und Berührungsängste mit digitalen Medien – etwa Entwicklung digitaler Präsentationen oder Konzepte (bspw. zur Sterbebegleitung) für die eigene Einrichtung auf Basis von digitalen Vorlagen – reduziert worden.
- Bei *Projekt 4* sei ein Kompetenzzuwachs bei der Zielgruppe der involvierten Mitarbeitenden aus beiden Kliniken, insbesondere den Pflegelehrkräften und Praxisanleitungen, feststellbar gewesen, etwa an den erworbenen Fähigkeiten, sich über die eingesetzte Lernplattform zu verständigen, Bibliographien zu nutzen sowie Arbeitsaufgaben digital abzuwickeln. Dadurch, dass die Zielgruppe sich als digital befähigt erlebte, sei auch die Selbstständigkeit gesteigert worden, digitale Lösungen anzuwenden, wodurch wiederum etwaige Vorbehalte reduziert worden seien.
- Bei *Projekt 5* sei die Zielgruppe der Mitarbeitenden aus Partnereinrichtungen, die an den Multiplikatorenschulungen teilgenommen haben, hierdurch nachweislich digital befähigt worden. Viele Teilnehmende hätten auch vorab schon Erfahrungen mit bestimmten digitalen Aspekten gehabt, v. a. im Hinblick auf die Verbesserung der Ablauforganisation und der Prozesse im Krankenhaus oder Pflegeeinrichtungen (bspw. konkret beim Thema elektronische Patientenakte). Über die Multiplikatorenschulungen sei aber insbesondere das Bewusstsein dafür gestärkt worden, dass Digitalisierung auch Auswirkungen auf die Versorgung und Ausgestaltung von Versorgungsprozessen haben kann. Konkret wurde für Digitalisierungspotenziale sensibilisiert, die perspektivisch genutzt werden können.

Auch die Ergebnisse der standardisierten Teilnehmendenbefragung deuten an, dass sich die berufliche Digitalkompetenz der jeweiligen Zielgruppen durch die wahrgenommenen Angebote in Projekt 2, 3 und 4 mindestens etwas verbessert hat: 71 Prozent (n=21) aller Befragten stimmten dieser Aussage zu. Überwiegend galt dies konkret im Hinblick auf die Kompetenzbereiche Nutzung



digitaler Unterstützungslösungen für berufliche Prozesse (digitale Gesundheitsanwendung, Hardware, Software), digitale Kommunikation mit Kolleginnen und Kollegen sowie Nutzung von (berufsbezogenen) Wissensplattformen. Dass sich die Digitalkompetenz gar nicht verbessert hat, wurde v. a. von Befragten aus Projekt 3 (ein Drittel der Teilnehmenden dieses Projekts) angegeben.

Gleichzeitig können auf Basis der Befragungsergebnisse – trotz leichter Unterschiede zwischen den Zielgruppen der drei Projekte – übergreifende und fortbestehende Unterstützungsbedarfe hinsichtlich konkreter Digitalkompetenzen der Teilnehmenden der Förderung identifiziert werden, die sich auch als mögliche zukünftige Förderbedarfe werten lassen. Diese betreffen am ehesten

- 1.) die Vermittlung von Leitlinien zur Einschätzung der Quellenqualität,
- 2.) die Nutzung digitaler Unterstützungslösungen für berufliche Prozesse,
- 3.) das Verständnis sowie die Anwendung von Datenschutzregularien,
- 4.) die Einbindung von digitalen Patienteninformationen, digitale Diagnostik und Entscheidungshilfen im Behandlungsprozess sowie
- 5.) das Verständnis und die Anwendung ethischer Grundsätze der Digitalisierung im Gesundheits- und Pflegebereich.

Einige dieser Unterstützungsbedarfe korrespondieren hierbei direkt mit Handlungsfeldern, die aus Sicht der interviewten Projektverantwortlichen und Vertretungen von Projektpartnern grundsätzlich von hoher Relevanz im Zuge der Digitalisierung des Gesundheitswesens sind. Übergreifend wurden eine noch stärkere Sensibilisierung der medizinischen und Pflegeeinrichtungen zum Thema Digitalisierung sowie eine Ausweitung von Möglichkeiten und Angeboten zum Selbstlernen, auch zum Thema (multidisziplinärer) Wissenstransfer gefordert. Im Zusammenhang mit der gesetzlich vorgegebenen Telematikinfrastruktur (vgl. *Kapitel 2*), die auf einen möglichst effizienten Austausch von Informationen über die Sektorengrenzen hinweg oder zwischen verschiedenen Versorgungssystemen zielt, sollten entsprechende Hilfestellungen gegeben werden.

Als ein zentrales Handlungsfeld wurde auch der gesamte Dokumentationsbereich benannt. U. a. aufgrund des Krankenhauszukunftsgesetzes (KHZG) müssten in zunehmendem Maße Dokumentationen mit digitalen Endgeräten durchgeführt werden (vgl. *Kapitel 2*). Hier werde es mittel- und langfristig von Relevanz sein, Leistungserbringende, Auszubildende und andere Berufsgruppen digital zu befähigen. Speziell im Bereich der Pflege sollten angesichts der Tatsache, dass ein hoher Anteil pflegebedürftiger Personen zu Hause gepflegt werde, Erleichterungen der Pflegeprozesse, auch für pflegende Angehörige, im Vordergrund stehen. Konkret verwiesen wurde auf das Thema Ambient bzw. Active Assisted Living, das Konzepte, Dienstleistungen, Produkte und (internetbasierte) Systeme für das Wohnen im Alter umfasst und auf die selbstbestimmte und sichere Alltagsbewältigung von Seniorinnen und Senioren sowie eine schnelle Kontaktaufnahme von Angehörigen oder Fachkräften in Notfallsituationen zielt. Ein stärkerer Einbezug pflegender Angehöriger müsse hierbei schon im Rahmen der Pflegeausbildung ansetzen und bedürfe bspw. der Ausweitung des Kompetenzbereichs zu Beratung und Schulung aus dem Pflegeberufegesetz. Von Relevanz seien zudem arbeitsentlastende Maßnahmen im stationären Pflegebereich, konkret genannt wurde Servicerobotik für personenbezogene Dienstleistungen wie bspw. intelligente Pflegewagen.



Potenzielle Wirkungseffekte zentraler Maßnahmen der einzelnen Förderprojekte auf die *berufliche Situation* der Teilnehmenden lassen sich auf Basis der Fallstudien und Teilnehmendenbefragung zumindest grob skizzieren:

- In *Projekt 1* konnten keine Auswirkungen auf die berufliche Praxis der Zielgruppe der Schülerinnen und Schüler der generalistischen Pflegeausbildung identifiziert werden, weil sich bei dieser Zielgruppe noch keine berufliche Praxis etabliert habe. Gleichzeitig wurde verschiedentlich die Erwartung geäußert, dass die Zielgruppe die erworbenen Digitalkompetenzen in den Pflegeeinrichtungen einsetzen und weitergeben werde. Durch den Einsatz der vermittelten digitalen Hilfsmittel würden sich überdies zwangsläufig auch Arbeitsabläufe in den Einrichtungen ändern.
- In *Projekt 2* habe sich der berufliche Alltag der Zielgruppe der an zwei Kliniken beschäftigten ausländischen Pflegefachkräfte im (Berufsabschluss-)Anerkennungsprozess faktisch durch die umgesetzten Projektmaßnahmen geändert, da hierdurch Kompetenzen erworben und entwickelt wurden, die im beruflichen Alltag konkret eingebunden werden können. Als Beispiel wurde auf verbesserte kommunikative Kompetenzen verwiesen, welche die Zielgruppe in die Lage versetzen würde, sich im beruflichen Alltag besser zu verständigen, besser zu (re-)agieren und noch effizienter bzw. professioneller zu arbeiten. Verbesserte Kommunikation und Sprachfähigkeiten sind auch aus Sicht der (wenigen) befragten Teilnehmenden die zentralen Effekte der Projektteilnahme. Für die/den interviewten Integrationsbeauftragten einer im Projekt involvierten Klinik lag der große Mehrwert des Projekts mit Blick auf die berufliche Praxis darin, dass es auf dem Markt kaum vergleichbare (Sprach-)Angebote zu wertschätzender, empathischer sowie kultursensibler Kommunikation gibt. In normalen Pflegedeutschkursen würde nicht berücksichtigt, wie man beruflich miteinander umgehe (Arbeitskultur). Auch das im Pflegealltag wichtige Thema der Empathie (das einen hohen Stellenwert in der beruflichen Praxis habe) würde in solchen Angeboten nicht berücksichtigt. Gleichzeitig sei durch das Projektangebot auch die Selbstständigkeit der Pflegefachkräfte im beruflichen Alltag verbessert bzw. gelernt worden, was ein gewisses Maß an intrinsischer Motivation erkennen lasse.
- In *Projekt 3* ergab sich aus Sicht der Interviewten kein unmittelbarer Effekt durch die virtuellen Fortbildungen auf die berufliche Praxis der Teilnehmenden jenseits der vermittelten inhaltlich-fachliche Expertise. Durch digitale Fortbildungsformate sei aber eine flexiblere und niedrigschwellige Teilnahme möglich, was von den Interviewten angesichts der zeitlich angespannten Arbeitssituation vieler Pflegekräfte als entlastend bewertet wurde. Gleichzeitig würden hierdurch jedoch auch informelle Gespräche etwa mit Kolleginnen und Kollegen von anderen Verbänden sowie aus anderen Bereichen wegfallen, die für die interviewten Teilnehmenden einen wichtigen Mehrwert von Weiterbildungen darstellten.
- Mit *Projekt 4* wurde nach Ansicht der Projektverantwortlichen der Zugang zu Arbeits- und (Fort-)Bildungsinhalten räumlich, zeitlich und finanziell vereinfacht. Zum Interviewzeitpunkt konnte noch kein Effekt auf die berufliche Situation der Klinikmitarbeitenden, die die im Projekt umgesetzte Lernplattform bzw. vermittelten Wissensinhalte nutzten, abgeschätzt werden. Es wird hingegen erwartet, dass dies künftig konkrete Auswirkungen haben wird, da hierdurch ein hö-



herer Autarkie- und Selbstbestimmungsgrad bei der Wissensaneignung möglich sei. Mitarbeitende könnten sich so mithilfe digitaler Medien bedarfsgerechter, selbstgesteuert und effizienter (Fach-)Wissen aneignen, was auch von den (wenigen) Teilnehmenden des Projekts so in der Befragung bestätigt wurde. Dies, so die einhellige Einschätzung der Interviewten, werde letztlich auch zu einer Verbesserung des Arbeitsalltags führen. Zudem würden hierdurch die Stationsleitungen in ihren Controlling-Tätigkeiten entlastet, da nicht wie sonst üblich zu bestimmten Zeitpunkten massenhaft Mitarbeitende freigestellt werden müssten. Damit dies gelingen könne, so die Projektleitung, sei allerdings noch Klinikintern zu regeln, was konkret in diesem Kontext als Arbeitszeit angerechnet werden könne. Dies erfordere wiederum eine entsprechende Strukturierung und technische Ausstattung der Klinikstationen (v. a. Lernrechner).

- In *Projekt 5* sah das Konzept des Multiplikatorentrainings konkret vor, dass hieraus in den beteiligten Partnereinrichtungen eigenständige Kurse entwickelt und digitale Innovationen eingesetzt werden. Sowohl von Projektverantwortlichen als auch von Ansprechpersonen der ausgewählten Partner wurde berichtet, dass dies tatsächlich funktioniere. Zudem habe auch die Bearbeitung selbstgewählter Anwendungsszenarien die Teilnehmenden in konkreten operativen digitalen Projekten ihrer Berufstätigkeit faktisch weitergebracht. Aus Sicht der Vertretung eines Projektpartners habe die Erfahrung aber gezeigt, dass die beruflichen Auswirkungen stark abhängig von den Teilnehmenden selbst seien, d. h. konkret von deren beruflichen Zielsetzungen sowie davon, welchen Anteil der täglichen Arbeit die Umsetzung dieses Themas – wie bspw. die Entwicklung eines Curriculums – einnehme.

Ob die umgesetzten Projektangebote schließlich zu Veränderungen hinsichtlich der Arbeitsbelastung der einzelnen Zielgruppen führten, kann auf Basis der Evaluationsergebnisse nicht zuverlässig beantwortet werden. Aus Sicht der befragten Teilnehmenden der Projekt 2, 3 und 4 ging von den umgesetzten Maßnahmen tendenziell entweder kein oder wenn, dann nur ein geringfügiger positiver Effekt auf die eigene Belastungssituation aus. In den Fallstudien bestand Konsens hinsichtlich der Einschätzung, dass die Einführung jeglicher Veränderungen gerade bei Arbeits- und Bildungsprozessen grundsätzlich komplex und mit höheren Arbeitsbelastungen verbunden sei.

Nach Ansicht einer Projektleitung seien die Einführung und Vermittlung digitaler Lösungen kein Selbstzweck, auch nicht bloß die Änderung eines analogen Prozesses in einen digitalen Prozess, sondern es handle sich um eine notwendige Prozessänderung, die allen beteiligten Stakeholdern einer Maßnahme vermittelt werden müsse. Erfahrungsgemäß müsse es somit zunächst zu einer Prozessänderung kommen, bevor eine deutliche Arbeitserleichterung eintreten könne. Derartige Veränderungen könnten aber nur Schritt für Schritt erfolgen und benötigen Zeit. Zentrale Herausforderungen in diesem Zusammenhang bestünden v. a. darin, ein Thema fachlich angemessen zu erarbeiten und relevante Akteurinnen und Akteure zu involvieren. Da diese Veränderungen häufig Ängste auslösen würden, seien die Beharrungskräfte von Einrichtungen und auch Beschäftigten aber oft groß. Die Einführung von Veränderungen setze jedoch eine offene Haltung und Motivation voraus. Eine maßgebliche Gelingensbedingung sei, ob und in welcher Weise die Führungskräfte einer Einrichtung den Nutzen einer Maßnahme einrichtungsintern kommunizieren, diese steuern und auch die Mitarbeitenden faktisch in den Ausgestaltungsprozess involvieren. Hier gelte es, Vertrauen auch in die Technik zu entwickeln, um entsprechende Kompetenzen aufzubauen, wodurch



Technikstress weniger belastend erlebt werde. Ausreichende Befähigung und Anwendungssicherheit der Teilnehmenden sowie die Entwicklung neuer Routinen seien somit zielführend.

Verstetigung und Skalierbarkeit

Im Rahmen von Projektförderungen spielen die Verstetigung und Skalierbarkeit häufig eine wichtige Rolle, insbesondere wenn es um innovative Projektansätze geht. Im Förderkontext bedeutet Verstetigung die Fortführung eines erprobten Projektes oder von Projektbestandteilen, das bzw. die sich in der Umsetzung als wirkungsvoll erwiesen haben. Unter Skalierbarkeit versteht man die Möglichkeiten, geförderte Inhalte inhaltlich und räumlich auszuweiten. Beide Aspekte zielen somit auf die perspektivische Relevanz geförderter Maßnahmen. Im Rahmen der Förderlinie „Digitale Befähigung in Medizin und Akutpflege“ war die Einschätzung der Anschlussfähigkeit ein relevantes Auswahlkriterium (vgl. *Kapitel 5.2*). Wie nachfolgend gezeigt wird, haben die zentralen Maßnahmen der fünf geförderten Projekte mindestens für die bereits involvierten Einrichtungen eine perspektivische Relevanz, wie aus den einzelnen Fallstudien hervorging. Wie so häufig im Kontext von ESF-Förderungen zeigte sich aber auch im Rahmen dieser Förderlinie bei allen Projekten die (zum Zeitpunkt der Interviews) offene Finanzierungsfrage zur Fortführung der geschaffenen Angebote.

Durch *Projekt 1* sollten digitale Kompetenzen im Curriculum der generalistischen Pflegeausbildung einer regionalen Pflegeschule verankert und auch nach Projektende Bestandteil der Ausbildung sein. Im Zuge des Projekts sei es gelungen, das entsprechende digitale Teilcurriculum zu pilotieren, eine wirkliche Verankerung sei aber noch nicht erfolgt. Nach dem Projektende sei es daher erforderlich, konkrete Aspekte mit der Schulleitung abzustimmen und zudem das Lehrkollegium noch direkter in die weitere inhaltliche Ausgestaltung einzubeziehen, damit eine dauerhafte Verankerung des digitalen Teilcurriculums im Pflegecurriculum gelingen könne. Im weiteren Verlauf sollten dann auf Basis des Lehrkonzepts (schwerpunktmäßig frauenspezifische) Weiterbildungen für die Pflegekräfte in angegliederten Heimen des Projektträgers angeboten werden.

Im Rahmen von *Projekt 2* wurden Online-Berufssprachkurse sowie verschiedene Befähigungsinstrumente und Trainings zum Lernen mit Blended-Learning sowie digitalen Medien für ausländische Pflegefachkräfte zweier assoziierter Kliniken umgesetzt, auf die über eine eigens im Zuge des Projekts entwickelte Software-Anwendung zugegriffen werden kann. Dies sollte auch nach dem Projekt weiter für die involvierten Kliniken nutzbar sein. Im Projektverlauf haben sich jedoch Optimierungsbedarfe am Projekt gezeigt, die nicht Bestandteil des Projektantrags gewesen seien. Für den Projektträger sei der Entwicklungsprozess somit noch nicht mit Ende des Projekts abgeschlossen und sollte fortgesetzt werden. Aus Sicht der Projektverantwortlichen bestehe ein großes Skalierbarkeitspotenzial. Im Zuge des Projekts sei nur ein thematischer Ausschnitt aus dem Bereich der ambulanten Akutpflege fokussiert worden. Für diesen Bereich könnten weitere Themen ausgearbeitet werden. Auch eine Ausweitung auf die stationäre Akutpflege sei möglich, die sich thematisch von der ambulanten Akutpflege unterscheidet. Jede der verschiedenen Abteilungen der stationären Akutpflege habe zudem ihre eigene Fachsprache. Die entwickelten Maßnahmen ließen sich auch auf andere Kliniken, Partner oder auch kleinere ambulante Pflegedienste übertragen.



Auch im Rahmen von *Projekt 3*, in dem die themenspezifischen Weiterbildungen des geförderten Fort- und Weiterbildungsinstituts eines Wohlfahrtsverbands in ein digitales Format überführt wurden, um über eine Lernmanagementplattform selbstorganisiertes und asynchrones Lernen zu ermöglichen, sollten die zentralen und mittlerweile im Alltag etablierten Maßnahmen (wie die Lernplattform und entwickelten digitalen Lernmedien) fortgeführt werden. Skalierbarkeitspotenzial bestehe v. a. in inhaltlicher Hinsicht durch Einbindung noch weiterer digitaler Medien in die Weiterbildungskurse. Digitale Medien könnten zudem überregional bereitgestellt werden.

Durch *Projekt 4* sollten v. a. Lehrende und Praxisanleitende der beiden im Projekt involvierten Kliniken an die Nutzung einer Kommunikations- und Lernplattform zur Erstellung von Lerninhalten hingeführt werden, um die digitalen Erfordernisse der Kliniken abbilden und arbeitsrelevante Inhalte teilen zu können. Die im Projekt ausgewählte Plattform und die hierfür entwickelten Lerninhalte sollten nach der Projektförderung weiterhin für die Mitarbeitenden nutzbar sein. Damit die Fortführung gelingt, sollte eine dauerhafte Stelle in Form einer Bildungsredaktion eingerichtet werden, die die zukünftige Steuerung der Erstellung erforderlicher digitaler Lerninhalte und -prozesse übernehmen sollte. Dies sollte auch eine inhaltliche Beratung und technische Unterstützung der Dozierenden umfassen. Die Bildungsredaktion wurde seitens der interviewten Projektverantwortlichen als ein erster Schritt zur Entwicklung einer passenden Organisationsstruktur in den Kliniken gesehen, die mit Blick auf die Fortführung eine zentrale Herausforderung darstelle. Konkretes Weiterentwicklungspotenzial wurde in der Zusammenarbeit mit dem Unternehmen gesehen, das die Lernplattform anbietet, etwa durch Anwendungsschulungen für Mitarbeitende oder durch den Kauf von fertigen Lerneinheiten oder Tools. Im Rahmen des Projekts sei eine gute technische Grundlage geschaffen worden, um die Plattform auszuweiten, etwa auf Fachweiterbildungen oder Spezialisierungen von Pflegefachkräften. Eine Ausweitung auf andere Einrichtungen wurde hingegen als schwierig eingeschätzt, v. a. weil Kliniken unterschiedliche Standards, Produkte und Anforderungen hätten.

Im Zuge von *Projekt 5* wurden Mitarbeitende von Partnereinrichtungen bzw. die Zielgruppen Pflegeeinrichtungen, Bildungseinrichtungen sowie Ärzteschaft bzw. ärztliche Standeseinrichtungen über spezielle Multiplikatorentrainings darin geschult, in den eigenen Einrichtungen und Regionen Digitalkompetenz zielgruppenorientiert zu vermitteln. Weitere Maßnahmen waren die Implementierung innovativer Angebote, wie u. a. Digital Health Labs und Showrooms als Erfahrungs-, Experimentier- und Diskursräume für digitale Gesundheitsversorgung. Eine nachhaltige Finanzierung zur Fortführung des umgesetzten Projektangebots (etwa durch Kursgebühren) wurde seitens der Projektverantwortlichen als nicht realistisch eingeschätzt. Als nächste Skalierungsstufe sei jedoch geplant, auf Basis des Projektkonzepts ein landesweites Bündnis für Digitalkompetenz der Gesundheitsberufe in Baden-Württemberg einzurichten. Hierbei sollen exemplarischen Use Cases sowie eine landesweite Regionalisierungsmatrix umgesetzt werden.

Zusammenfassend deuten neben den im Rahmen der Evaluation gefundenen Ergebnisse zu den (unmittelbaren) Wirkungen der Förderung auch die beschriebenen Verstetigungsambitionen und Skalierbarkeitspotenziale der geförderten Projekte auf Potenziale struktureller Veränderungen



hin. Gemäß Programmlogik (vgl. *Kapitel 4*) sollte die Förderlinie – auf Ebene der *Impacts* – zu den Zielen der Strategie „Digitalisierung in Medizin und Pflege in Baden-Württemberg“ (SM 2017) beitragen, die u. a. beinhalten, Chancen und Potenziale der digitalen Entwicklungen im Gesundheitsbereich besser zu nutzen und telemedizinische Anwendungen sowie alltagsunterstützende Assistenzsysteme in der breiten Fläche zu implementieren (vgl. *Kapitel 2*). Bestimmte Maßnahmen und Ansätze der geförderten Projekte können landesweit als Best-Practice-Beispiele dienen, wie etwa das Multiplikatorentraining von Projekt 5 oder die im Rahmen von Projekt 2 in eine (eigens entwickelte) Schulungs- und Lernanwendung integrierten Online-Berufssprachkurse, digitalen Befähigungsinstrumente und Trainings zur Unterstützung des Onboarding-Prozesses von ausländischen Pflegefachkräften. Leuchtturmprojekte wie Projekt 5 zielten gar unmittelbar auf die Einbindung von relevanten Netzwerkstrukturen und Breitenwirksamkeit, wodurch letztlich auch wichtige strukturelle Impulse gesetzt werden können. Nicht zuletzt auch wegen des kurzen zeitlichen Horizonts der Evaluation können allerdings Aussagen zu strukturellen Wirkungen der Förderung weder zuverlässig getroffen noch quantifiziert werden.

6 Fazit

Mit der ESF-Förderlinie „Digitale Befähigung in Medizin und Akutpflege“, die über die „Aufbauhilfe für den Zusammenhalt und die Gebiete Europas“ (REACT-EU) finanziert wurde, leistete die ESF-Verwaltungsbehörde des Landes Baden-Württemberg einen Beitrag zur Unterstützung der von der COVID-19-Pandemie besonders betroffenen Zielgruppen. Mit dem in dieser Form einmaligen Förderaufruf sollten in den Jahren 2021 und 2022 Maßnahmen zur Entwicklung von Strategien, Programmen, Angeboten u. a. zur digitalen Befähigung von Leistungserbringenden, Studierenden und Auszubildenden im Gesundheitswesen und der Akutpflege gefördert werden. Der vorliegende Bericht basiert im Wesentlichen auf qualitativen Ergebnissen aus durchgeführten Fallstudien und dient einer abschließenden Bewertung der Förderlinie, die in der ESF-Plus-Förderperiode 2021 bis 2027 nicht fortgeführt wird. Der Fokus der Evaluation lag v. a. auf der Umsetzung der Förderung. Der Programmlogik folgend, werden nachfolgend die zentralen Evaluationsergebnisse differenziert nach Umsetzungs- sowie Nutzen- und Wirkungsebene resümiert. Das Fazit schließt mit einer allgemeinen Bewertung der Umsetzung und Ergebnisse der Förderung.

Zentrale Ergebnisse zur Umsetzung der Förderung

Inputs

Für die Umsetzung der Förderlinie wurden rd. 3 Mio. Euro REACT-EU-Mittel eingeplant, was einem Mittelanteil von knapp 3 Prozent der REACT-EU-Prioritätsachse im baden-württembergischen Operationellen Programm entsprach. Ohne die REACT-EU-Fördermittel wäre für die Projektträger keine Projektumsetzung möglich gewesen, auch nicht über Förderungen aus dem gesundheitspolitischen Bereich. Besonders der im Rahmen der REACT-EU-Förderung mögliche Interventionssatz von 100 Prozent Förderung wurde seitens der geförderten Projektträger sehr positiv bewertet.

Aktivitäten

Zentrale Kriterien bei der Projektauswahl waren u. a., wie erfolgsversprechend das inhaltliche Konzept eines Projekts ist, in welcher Weise die Zielgruppen angesprochen wurden, wie konkret und



realistisch die selbstgesetzten Ziele eines Projekts wirkten sowie die Einschätzung der Anschlussfähigkeit eines Projekts. Im Rahmen der Förderung wurden fünf Projekte bewilligt, die aufgrund eines Hängebeschlusses des Bundesverfassungsgerichts mit einem Monat Verspätung im Juli 2021 starten konnten. Vier der fünf Projekte hatten eine Laufzeit von 1,5 Jahren, ein Projekt hatte eine Laufzeit von einem Jahr. Bis zum Abschluss der Förderung wurde das ursprünglich geplante Förderbudget von drei der fünf Projekte nicht vollständig abgerufen. Der Mittelrückgang von über 30 Prozent ist hierbei Ausdruck vorhandener Umsetzungsschwierigkeiten.

Die Trägerstruktur der Förderung und die inhaltliche Ausrichtung der geförderten Projekte waren sehr heterogen, was angesichts des thematisch relativ offen ausgerichteten Förderaufrufs wenig überraschend war. Bei zwei der fünf Projekte spielten Kooperationspartner eine maßgebliche Rolle bei der Umsetzung. Zentrale Maßnahmen der einzelnen Projekte waren:

- Entwicklung und Umsetzung eines digitalen Konzepts, über das digitale Bestandteile und grundlegende digitale sowie technikbezogene Kernkompetenzen im Curriculum der generalistischen Pflegeausbildung einer Pflegeschule verankert werden sollten.
- Umsetzung von Online-Berufssprachkursen sowie verschiedenen Befähigungsinstrumenten und Trainings zum Lernen mit Blended-Learning sowie digitalen Medien für ausländische Pflegefachkräfte im Anerkennungsprozess, die in zwei angegliederten Kliniken beschäftigt waren, durch einen privaten Bildungsträger.
- Transformation des bestehenden Bildungsangebots des Fort- und Weiterbildungsinstituts eines Wohlfahrtverbands in ein digitales Format, um über eine Lernmanagementplattform selbstorganisiertes und asynchrones Lernen zu ermöglichen. Mit Ausnahme einer im Zuge des Projekts neu konzipierten Fortbildung wurden die Fortbildungen selbst nicht gefördert.
- Auswahl und Einrichtung einer Lern-Management-Plattform sowie Anleitung von Führungskräften aus dem Pflegemanagement und Lehrkräften/Praxisanleitenden zweier Kliniken zum Umgang mit der Plattform und zur Erstellung von Lerninhalten durch eine Bildungseinrichtung zur Aus-, Fort- und Weiterbildung.
- Entwicklung und Umsetzung verschiedener auf Lern- und Test-Erlebnisse ausgelegter Qualifizierungsangebote zur Vermittlung von Digitalkompetenz für Leistungserbringende aus dem Gesundheitsbereich. Hierzu zählten u. a. ein interprofessionelles Multiplikatorentraining, stationäre und mobile Interaktionsräume, eine digitale Betreuungsplattform, weiterentwickelte Fortbildungscurricula für Ärzteschaft und Pflegekräfte sowie weiterentwickelte Ausbildungscurricula speziell zum Thema Digitalkompetenz. Involviert waren über 20 im Land wichtige Stakeholder bzw. Partnereinrichtungen einer projektkoordinierenden medizinischen Fakultät.

Digitale Befähigung war projektspezifisch unterschiedlich definiert. Grundsätzlich lag den einzelnen Projekten ein breit gefasstes Verständnis von Digitalkompetenz zugrunde mit unterschiedlichen Akzentuierungen. Hierdurch entsteht der Eindruck einer gewissen Beliebigkeit, mit Folgen für die Umsetzung konkreter Maßnahmen bei Gesundheitseinrichtungen. Dies korrespondiert mit dem Umstand, dass es auch über die geförderten Projekte hinaus kein einheitliches Verständnis von Digitalkompetenz im Gesundheitsbereich gibt, was in der Literatur v. a. auf Unterschiedlichkeit der Sektoren und deren jeweiliger Rahmenbedingungen zurückgeführt wird. Teilweise orientierten



sich die Projektverantwortlichen an konkreten Vorgaben aus dem gesundheits- oder bildungspolitischen Kontext.

Bedingt durch die Heterogenität der Projekte waren die im Zuge der Umsetzung gemachten Erfahrungen und Herausforderungen stark projektabhängig. Die meisten zentralen Maßnahmen sind den jeweiligen Projektverantwortlichen zufolge gelungen. Bei drei der fünf Projekte kam es jedoch zu Umsetzungsschwierigkeiten, die zur Folge hatten, dass bestimmte Maßnahmen entweder nur teilweise oder gar nicht umgesetzt wurden und hierdurch bedingt ursprünglich bewilligte Fördermittel nicht abgerufen werden konnten. Auffällig ist, dass es sich hierbei um die drei Projekte mit dem höchsten Förderbudget handelt, die umfangreiche, teilweise eng getaktete und aufeinander aufbauende Maßnahmen anstrebten und mit Blick auf Abstimmungsprozesse oder Involvierung von Partnern anspruchsvoll(er) waren. Die Umsetzungsschwierigkeiten waren projektspezifisch unterschiedlich begründet. Zentral gab es besonders Schwierigkeiten bei der Personalrekrutierung, hohe Krankenstände sowie Quarantäne-Regelungen v. a. in den ambulanten und stationären (Pflege-)Einrichtungen, zeitaufwändige Abstimmungsbedarfe sowie die Einhaltung bestehender Organisationsabläufe und -strukturen, Vorbehalte von Akteuren und Einrichtungen, digitale Methoden einzuführen, zeitliche Verzögerungen aufgrund von Nichtverfügbarkeit und Lieferengpässen bei erforderlichen technischen Hilfsmitteln oder aufgrund der Abhängigkeit von externen Dienstleistern sowie technische Hürden bei den betreffenden Einrichtungen. Die genannten Aspekte korrespondieren auch mit bekannten systemischen Problemlagen des Gesundheitswesens. Ein zentraler förderspezifischer Grund für das Nichterreichen von geplanten Maßnahmen der voraussetzungsvolleren Projekte war schließlich auch die von der Europäischen Kommission vorgegebene relativ kurze Förderlaufzeit ohne die Aussicht auf eine Verlängerung.

Outputs

Im Rahmen der Förderung konnten rd. 400 Teilnehmende erreicht werden, wobei stark projektabhängig war, in welchem Umfang Eintritte in die Förderung erfolgten. Ein großer Anteil ging auf Eintritte in fachliche Weiterbildungen im Rahmen eines Projekts zurück, die selbst nicht gefördert wurden. Bei Projekten, die im Umsetzungsverlauf weniger Mittel abriefen, lagen die Teilnehmendendaten teilweise deutlich unterhalb der projektspezifischen Plandaten. Die Evaluationsergebnisse zeigen, dass die Rekrutierungsprozesse sowie Herausforderungen hinsichtlich der Zielgruppen(-erreichung) ebenfalls stark projektabhängig waren.

Zentrale Ergebnisse zum Nutzen und Wirksamkeit der Förderung

Outcomes

Die Evaluationsergebnisse legen nahe, dass das zentrale Ziel der Förderung, die digitale Befähigung der Zielgruppen, projektspezifisch durchaus gelungen ist. Dies umfasste u. a. den Erwerb relevanter Anwendungskompetenzen sowie (praxisbezogenes) Basiswissen zur Datenverarbeitung, Quellenrecherche oder die Verbesserung des digitalen Lernens, v. a. im Hinblick auf kommunikative Fähigkeiten, die Reduzierung von Berührungspunkten mit digitalen Medien sowie die Sensibilisierung für Digitalisierungspotenziale. Tendenziell berichteten die befragten Teilnehmenden von verbesserten beruflichen Digitalkompetenzen – konkret bei der Nutzung digitaler Unterstützungs-



lösungen für berufliche Prozesse und (beruflichen) Wissensplattformen sowie von digitaler Kommunikation mit Kolleginnen und Kollegen. Jedoch lagen hier zu zwei der fünf Projekte keine Ergebnisse vor. Dennoch zeigt sich in dieser Hinsicht eine gewisse Veränderungswirksamkeit der Förderung. Bestimmte Unterstützungsbedarfe bestanden aber fort und korrespondierten mit Handlungsfeldern, die von Projektverantwortlichen und -partnern als relevant im Zuge der Digitalisierung des Gesundheitswesens eingestuft wurden. Wirkungseffekte umgesetzter Maßnahmen auf die berufliche Situation der Teilnehmenden waren stark projekt- bzw. zielgruppenabhängig. Nicht zuverlässig geklärt werden konnte, ob die umgesetzten Maßnahmen faktisch zu Veränderungen hinsichtlich der Arbeitsbelastung der einzelnen Zielgruppen führten. Konsens bei Projektverantwortlichen und -partnern bestand hinsichtlich der Einschätzung, dass die Einführung von Veränderungen gerade bei Arbeits- und Bildungsprozessen grundsätzlich komplex und mit höheren Arbeitsbelastungen verbunden ist.

Verstetigung und Skalierbarkeit

Die Evaluationsergebnisse deuten darauf hin, dass die zentralen Maßnahmen der fünf geförderten Projekte aufgrund ihrer jeweils plausiblen Verstetigungs- und Skalierbarkeitspotenziale eine perspektivische Relevanz mindestens für die bereits involvierten Einrichtungen hatten. Wie so häufig im Kontext von ESF-Förderungen zeigte sich aber auch im Rahmen dieser Förderlinie bei allen Projekten eine zum Zeitpunkt der Evaluation unklare Folgefinanzierung der geschaffenen Angebote. Hierdurch wird die Nachhaltigkeit der Förderung durchaus infrage gestellt.

Abschließende Bewertung

Zusammenfassend stellte diese inhaltlich ungewöhnliche ESF-Förderlinie einen begrüßenswerten und durchaus vielversprechenden Ansatz dar, dringend erforderliche und neue Impulse zur digitalen Befähigung von Leistungserbringerinnen und Leistungserbringern im baden-württembergischen Gesundheitswesen zu setzen. Dies gilt umso mehr, weil die geförderten Zielgruppen besonders von der Pandemiesituation betroffen waren und die ausgewählten Einrichtungen die Förderung als willkommene Anschubfinanzierung nutzen konnten. Die im Rahmen der Förderung umgesetzten Angebote können landesweit als Best-Practice-Beispiele dienen. Das umgesetzte Leuchtturmprojekt, das auf eine Vernetzung zentraler Akteurinnen und Akteure des Gesundheitswesens im Land und ein hohes Maß an Breitenwirksamkeit setzte, hat sicherlich richtungsweisenden Charakter.

Die relativ offene inhaltliche Ausrichtung des Einzelaufrufs ist angesichts des damaligen Programmierungsprozesses im Kontext der REACT-EU-Förderung zwar nachvollziehbar. Die beschriebenen Umsetzungsschwierigkeiten legen aber nahe, dass eine Fokussierung auf bestimmte abgegrenzte Einzelmaßnahmen sinnvoller gewesen wäre, gerade angesichts der kurzen Laufzeit der Förderung, die für vielschichtige und voraussetzungsvolle Projekte letztlich nur bedingt geeignet war. Bestimmte geförderte Maßnahmen, wie etwa die Sprachschulung für ausländische Pflegefachkräfte, könnten überdies auch im Rahmen der ESF-Regelförderung umgesetzt werden. Dass hier eine digitale Komponente ein zentraler Bestandteil des Projekts war, kann auch Vorbild für Teile der klassischen ESF-Förderung sein.



Auf den ersten Blick wirkt das Thema der digitalen Befähigung der genannten Zielgruppen inhaltlich richtigerweise im ESF verortet, sei es als spezifisches Thema im Rahmen von Förderungen beruflicher Integration und Weiterbildung oder von arbeitsweltbezogener Strukturmaßnahmen-Förderung oder als eigenständige Förderlinie, wie im vorliegenden Fall. Auch der Umstand, dass dieses spezielle Thema bislang offenbar noch nicht zu stark im gesundheitspolitischen Bereich fördermäßig bespielt wird, spricht dafür. Bei näherer Betrachtung der evaluierten Fördermaßnahmen zeigten sich jedoch die thematische Komplexität und unterschiedlichen Rahmenbedingungen der digitalen Befähigung dieser speziellen Zielgruppen. Die Projektheterogenität ist ein direkter Ausdruck hiervon, zeigt jedoch auch gleichzeitig den Förderbedarf an. Überdies ist die Förderung ein gutes Beispiel für die (auch im Hintergrundkapitel beschriebenen) v. a. strukturellen Herausforderungen der Digitalisierung des Gesundheitswesens, die ein hohes Maß an politischer Steuerung bedarf. Auch deshalb ist die digitale Befähigung von Leistungserbringenden, Studierenden und Auszubildenden im Gesundheitswesen sowie der Akutpflege besser im Förderbereich der Gesundheitspolitik und -ministerien verortet.



7 Literatur

- All Policies for a Healthy Europe (APHE) (2022). Bridging the Gap: Digital Skills in Health and Care. Policy Paper.
- Aulenkamp, J., Mikutei, M., Löffler, T., & Schmidt, J. (2021). Overview of digital health teaching courses in medical education in Germany in 2020. *GMS Journal for Medical Education*, 38(4), 1-13. <https://doi.org/10.3205/zma001476>
- Becka, D., Bräutigam, C., & Evans, M. (2020). "Digitale Kompetenz" in der Pflege: Ergebnisse eines internationalen Literaturreviews und Herausforderungen beruflicher Bildung. *Forschung Aktuell*, Nr. 08. Institut Arbeit und Technik (IAT). <http://hdl.handle.net/10419/224129>
- Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB) (2020). Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz: Rahmenpläne der Fachkommission nach § 53 PflBG. o. O. 2020. 2. überarbeitete Auflage 2020.
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) (2019). Digitale Zukunft: Lernen. Forschen. Wissen. Die Digitalstrategie des BMBF.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2020b). Patientendaten-Schutz-Gesetz. Abgerufen unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/patientendaten-schutz-gesetz.html> [21.09.2023]
- Bundesministerium für Gesundheit. (2021b). Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz (DVPMG). Abgerufen unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/gesetze-und-verordnungen/guv-19-lp/dvpmg.html> [21.09.2023]
- Bundesministerium für Gesundheit. (2022c). Krankenhauszukunftsgesetz für die Digitalisierung von Krankenhäusern. Abgerufen unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/krankenhauszukunftsgesetz.html> [21.09.2023]
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2023a). Gemeinsam digital. Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2023b). Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens. Referentenentwurf: 13.07.2023.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2023c). Gesetz zur verbesserten Nutzung von Gesundheitsdaten. Referentenentwurf: 04.08.2023
- Bundesregierung. (2021). Digitalisierung gestalten. Umsetzungsstrategie der Bundesregierung. Presse- und Informationsamt der Bundesregierung.
- Bundesverband Pflegemanagement (2015). IT in der Pflege. Moderne Kommunikationstechnologien für eine flächendeckende, sektorenübergreifende Pflege.
- Caumanns, J. (2019). Zur Diskussion: Stand der Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 143, 22-29. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2019.04.002>



- D'Onofrio, S. (2020): Der digitale Wandel im Gesundheitswesen. HMD 59, S. 1448–1460. <https://doi.org/10.1365/s40702-022-00930-4>
- Debatin, J. F. (2021). Digitale Innovationen in Deutschland: Von Corona zur ePA. Der Radiologe, 61, 389-394. <https://doi.org/10.1007/s00117-021-00807-5>
- Dörries, M.; Gensorowsky, D.; Greiner, W. (2017): Digitalisierung im Gesundheitswesen – hochwertige und effizientere Versorgung. In: Lux, Thomas et al. (2017): Digitalisierung im Gesundheitswesen – zwischen Datenschutz und moderner Medizinversorgung, Wirtschaftsdienst, Springer, Heidelberg, Vol. 97, Ausgabe. 10, S. 687-703.
- Europäisches Gesundheitsparlament (2016). Digital skills for health professionals. Committee on digital skills for health professionals. Abgerufen unter: <https://www.healthparliament.eu/digital-skills-health-professionals>.
- Forum Gesundheitsstandort Baden-Württemberg (2021). Strategische Handlungsfelder und Empfehlungen für den Gesundheitsstandort Baden-Württemberg. Abgerufen unter: https://www.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/dateien/PDF/Anlagen_PMs_2021/210221_Gesamtstrategiepapier_Forum_Gesundheitsstandort_Januar_2021.pdf [23.12.2022]
- Friese, M. (2018). Care Work 4.0. Digitalisierung in der beruflichen und akademischen Bildung für personenbezogene Dienstleistungsberufe. wbv Media GmbH & Co. KG. <https://doi.org/10.3278/6004710w>
- Gerlinger, T. (2018). Baustelle Gesundheitssystem. Aktuelle Herausforderungen der Gesundheitspolitik. Politik und Zeitgeschichte, 68(24), 25-31. <https://pub.uni-bielefeld.de/record/2945645>
- Hübner, U., Egbert, N., Hackl, W, Lysser, M., Schulte, G., Thye, J., & Ammenwerth, E. (2017). Welche Kernkompetenzen in Pflegeinformatik benötigen Angehörige von Pflegeberufen in den D-A-CH-Ländern? Eine Empfehlung der GMDS, der ÖGPI und der IGPI. GMS Med Inform Biom Epidemiol, 13(1), Doc02. <https://doi.org/10.3205/mibe000169>
- Hübner, U., Esdar, M., Hüasers, J., Liebe, J., Rauch, J., Thye, J., & Weiß, J. (2018). IT-Report Gesundheitswesen. Schwerpunkt – Wie reif ist die IT in deutschen Krankenhäusern? Befragung der bundesdeutschen Krankenhäuser. Forschungsgruppe Informatik im Gesundheitswesen.
- Hofrichter, B. (2020). Healthcare Movers 2020 - Germany Report. ConCeplus.
- Köckler, H. & Geene, R. (2022). Gesundheit in allen Politikfeldern / Health in All Policies (HiAP). In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i157-1.0>
- Kuhn, S., Kadioglu, D., Deutsch, K., Michl, S. et al. (2018): Data Literacy in der Medizin. Onkologie 24, S. 368–377.



- Longhini, J., Rossetini, G., & Palese, A. (2022). Digital Health Competencies Among Health Care Professionals. Systematic Review. *J Med Internet Res*, 24(8), e36414. <https://doi.org/10.2196/36414>
- Lux, T., Breil, B., Dörries, M., Gensorowsky, D., Greiner, W., Pfeiffer, D., Rebitschek, F. G., Gigerenzer, G., & Wagner, G. G. (2017). Digitalisierung im Gesundheitswesen — zwischen Datenschutz und moderner Medizinversorgung. *Wirtschaftsdienst*, 97, 687-703. <https://doi.org/10.1007/s10273-017-2200-8>
- Ministerium für Inneres, Digitalisierung und Migration Baden-Württemberg (IM) (2017). digital@bw – Digitalisierungsstrategie der Landesregierung Baden-Württemberg.
- Ministerium des Inneren, für Digitalisierung und Kommunen Baden-Württemberg (IM) (2022). digital.LÄND – Digitalisierungsstrategie der Landesregierung Baden-Württemberg.
- Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (SM) (2017). Strategie zur Verbesserung der medizinischen und pflegerischen Versorgung in Baden-Württemberg durch Nutzung digitaler Technologien (Strategie Digitalisierung in Medizin und Pflege BW).
- Murray, R., Caulier-Grice, J. & Mulgan, G. (2010). *The Open Book of Social Innovation*. NESTA.
- Müller-Mielitz, S., Lux, T. (2017). E-Health-Gesetz. In Müller-Mielitz, S., Lux, T. (Hrsg.) *E-Health-Ökonomie*. Springer Gabler. https://doi.org/10.1007/978-3-658-10788-8_8
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006) eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *Journal of Medical Internet Research*, 8, e9. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.2.e9>
- Reichel, K., & Reichel, R. (2019). Digitale Kompetenzen für die Pflege 4.0. Warum IT-Schulungen zu kurz greifen. *EthikJournal*, 5(1), 2-21.
- Ridder, H.-G. (2016). *Case Study Research – Approaches, Methods, Contribution to Theory*. Rainer Hampp Verlag.
- Schmitz, B. (2016). Zur Messung sozialer Innovationen. *Sozialer Fortschritt*, 65(1/2), 37-45. <http://www.jstor.org/stable/45018154>
- Teliëps, J., Peters, M., Falkenstern, M., & Saul, S. (2022). Kompetenzen für die Digitalisierung in der pflegeberuflichen Bildung: Heft-Nr. 239. Verlag Barbara Budrich.
- Thiel, R., Deimel, L., Schmidtman, D., Piesche, K., Hüsing, T., Rennoch, J., Stroetmann, V., & Stroetmann, K. (2018). #SmartHealthSystems. Digitalisierungsstrategien im internationalen Vergleich: Gesundheitssystem-Vergleich Fokus Digitalisierung. Bertelsmann Stiftung.
- Vargas, C., Whelan, J., Brimblecombe, J., & Allender, S. (2022). Co-creation, co-design and co-production for public health: A perspective on definitions and distinctions. *Public Health Research & Practice*, 32(2), e3222211. <https://doi.org/10.17061/phrp3222211>
- W. K. Kellogg Foundation (2004). *Logic Model Development Guide*.



Wolf-Ostermann, K., Rothgang, H., Domhoff, D., Friedrich, A. C., Heinze, F., Preuß, B., & Stolle, C. (2020). Zur Situation der Langzeitpflege in Deutschland während der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer Online-Befragung in Einrichtungen der (teil) stationären und ambulanten Langzeitpflege. <https://doi.org/10.26092/elib/116>

Yin, R. K. (2014). Case Study Research – Design and Methods. Sage Publications.