

Andreas Mayert

Langzeitpflege in der digitalen Gesundheitsökonomie

Chancen und Versäumnisse



Nomos



EVANGELISCHE VERLAGSANSTALT
Leipzig



Sozialwissenschaftliches
Institut der Evangelischen
Kirche in Deutschland

In der Reihe *SI-Studien aktuell* werden empirische Studien aus dem Sozialwissenschaftlichen Institut der EKD sowohl als gedrucktes Buch als auch über Open Access zur Verfügung gestellt. Die Studien bewegen sich an der Schnittstelle von Theologie, Sozialwissenschaften und Sozial-ethik beziehungsweise Kirche, Gesellschaftspolitik und Öffentlichkeit.

Das Sozialwissenschaftliche Institut der EKD (SI) bearbeitet empirisch in interdisziplinärer Verbindung von Theologie und Sozialwissenschaften kirchen- und religionssoziologische, gesellschaftspolitische und soziale Fragen. Die Forschungsergebnisse der Projekte werden als Broschüren, in Buchreihen und auf der Institutswebseite (www.siekd.de) veröffentlicht. Träger des SI ist die EKD in Kooperation mit der Evangelisch-lutherischen Landeskirche Hannovers.

SI-Studien aktuell

herausgegeben vom
Sozialwissenschaftlichen Institut
der Evangelischen Kirche in Deutschland (SI)

Band 5

Andreas Mayert

Langzeitpflege in der digitalen Gesundheitsökonomie

Chancen und Versäumnisse

Unter Mitarbeit von Tobias Hauck



EVANGELISCHE VERLAGSANSTALT
Leipzig



Nomos



**Sozialwissenschaftliches
Institut** der Evangelischen
Kirche in Deutschland

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Forschung, Technologie
und Raumfahrt

© Titelbild: Tara Winstead / Pexels

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

1. Auflage 2026

© Andreas Mayert

Publiziert von

Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Waldseestraße 3–5 | 76530 Baden-Baden
www.nomos.de

Gesamtherstellung:

Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG
Waldseestraße 3–5 | 76530 Baden-Baden

ISBN (Print) 978-3-7560-3358-4
(Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Baden-Baden)

ISBN (ePDF) 978-3-7489-6321-9
(Nomos Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Baden-Baden)

ISBN (Print) 978-3-374-07985-8
(Evangelische Verlagsanstalt)

DOI: <https://doi.org/10.5771/9783748963219>



Onlineversion
Inlibra



Dieses Werk ist lizenziert unter einer Creative Commons Namensnennung – Weitergabe unter gleichen Bedingungen 4.0 International Lizenz.

Gedruckt auf Papier aus verantwortungsvoller und nachhaltiger Forstwirtschaft.

Langzeitpflege in der digitalen Gesundheitsökonomie – Chancen und Versäumnisse

Eine empirische Studie

Geleitwort

Fragestellung, Förderung und Zielsetzung des Projekts „Arbeitsökonomische Bewältigung digitaler Transformation in der Sozialwirtschaft“

Georg Lämmelin

Die hier vorliegende Studie, „Langzeitpflege in der digitalen Gesundheitsökonomie – Chancen und Versäumnisse“ ist im Rahmen eines durch das BMBF geförderten Projektes¹ entstanden. An einer konkreten Problemstellung, der Implementierung digitaler Prozesse in der Langzeitpflege, wurden mögliche Auswirkungen der Digitalisierung auf die Arbeitsverhältnisse untersucht, um Hindernis- und Schlüsselfaktoren für gelingende Prozesse zu identifizieren. Die Förderung des Projekts stand im Rahmen einer Tandemprofessur in Verbindung mit der Evangelischen Hochschule Freiburg. Die Förderung richtete sich darauf, akademisch qualifizierten Nachwuchsforscher:innen die Möglichkeit zu geben, gleichzeitig mit dem Antritt einer

1 Das Projekt „Arbeitsökonomische Bewältigung digitaler Transformation in der Sozialwirtschaft (ABDTiS) – Entwicklung eines Modulbaukastens und einer Toolbox für die Steuerung und Gestaltung von Digitalisierungsprozessen“ wurde im Rahmen der „Umsetzung und Evaluation von Maßnahmen zur Gewinnung und Bindung professoralen Personals in Studiengängen mit sozialer Ausrichtung“ (03FHP137C) vom Bundesministerium für Bildung und Forschung einschließlich von Mitteln des Landes Baden-Württemberg gefördert.

Professur an einer Hochschule für angewandte Forschung die dafür notwendige Voraussetzung einer dreijährigen Praxistätigkeit außerhalb der Hochschule begleitend zu absolvieren. Die Forschung war daher auf die Anwendung von Forschungsergebnissen in der Praxis der Pflegedienste und -einrichtungen ausgerichtet und auf eine explorative Erkundung dieser Praxis hin angelegt. Diese Form der Projektförderung ermöglicht eine für beide Seiten relevante und weiterführende Verbindung von Hochschulforschung und empirischer Forschung in einem Forschungsinstitut.

Ausgangspunkt der Projektentwicklung war die Frage nach den Wechselwirkungen zwischen der zunehmenden Digitalisierung von Arbeitsprozessen in der Langzeitpflege und einerseits den dafür notwendigen Voraussetzungen auf Seiten der Pflegeanbieter und ihrer Mitarbeitenden und andererseits der für sie zu erwartenden Folgen. Während die Kernaufgabe der Pflege in unmittelbaren, körpernahen Tätigkeiten besteht, sind die damit verbundenen Informationsprozesse wie die zugeordneten Organisationsprozesse nicht nur digitalisierungsfähig, sondern prinzipiell auch digitalisierungsaffin. Nur „prinzipiell“, weil Digitalisierungsprozesse mit der Langzeitpflege zum einen auf einen von Multiproblemlagen gekennzeichneten Sektor des Gesundheitswesens treffen und zum anderen, weil Pflegedienste und -einrichtungen ein hohes Ausmaß an Heterogenität aufweisen. Pflegeanbieter unterscheiden sich nicht nur darin, ob sie stationäre oder ambulante Pflegeleistungen erbringen, sie unterscheiden sich zudem in ausgeprägter Weise in ihrer Größe, ihrer geografischen Lage, ihrer Beschäftigtenstruktur, ihren finanziellen Möglichkeiten und insbesondere in ihrem bisherigen Digitalisierungsgrad. Es ist offensichtlich, dass die Einführung neuer digitaler Pflegetechnologien unter diesen Umständen ebenso heterogene Auswirkungen haben kann. Hinzu kommt, dass auf dem Markt mittlerweile eine Vielzahl von Pflegetechnologien angeboten wird, die für einige Pflegeanbieter passgenaue Lösungen liefern können, während andere Pflegeanbieter noch nicht über die digitale Infrastruktur verfügen, diese Technologien überhaupt nutzenbringend einsetzen zu können. Angesichts dieser Voraussetzungen entschieden sich die am Projekt beteiligten Forscher, zumindest hinsichtlich der einsetzbaren Pflegetechnologien eine Komplexitätsreduktion vorzunehmen, indem sie sich auf die Voraussetzungen und möglichen Auswirkungen der Durchführung einer identischen Digitalisierungsmaßnahme in Pflegediensten und -einrichtungen konzentrierten: Die vom Gesetzgeber vorgeschriebene Verpflichtung aller Pflegeanbieter, sich bis zu einem Stichtag an die Telematikinfrastruktur anzubinden, um an der „digitalen Gesundheitsökonomie“ gemeinsam mit vielen anderen Akteur:innen des Gesund-

heitswesens teilnehmen zu können. Wie, so lautete eine grundlegende Fragestellung, kann eine wirtschaftlich sinnvolle Anbindung der so heterogenen Pflegeanbieter an die Telematikinfrastruktur gelingen?

Ein Ergebnis der Studie ist, soviel sei vorweggenommen, dass der Kontakt zwischen Pflegeanbietern und anderen Akteur:innen des Gesundheitssystems zurzeit noch fast durchgehend analog erfolgt und hochgradig ineffizient ist. Wenn von der Digitalisierung der Pflege die Rede ist, dann geht es somit um zwei miteinander verbundene Dinge. Erstens, um die Vernetzung der im Rahmen analoger Pflege-Tätigkeiten anfallenden Datenströme mit der digitalen Informations-Sphäre von medizinischen Daten, Diagnosen und Verordnungen und der digitalen Organisationssphäre der Planung, Steuerung, Dokumentation und Nachbearbeitung. Und zweitens, um die über einzelne Pflegeanbieter hinausgreifende Digitalisierung der Kommunikation und des Informationsaustauschs mit einer ganz erheblichen Zahl der anderen am Pflegeprozess beteiligten Leistungserbringer:innen und Institutionen des Gesundheitssystems. Wenn eine Verbindung der internen und externen Kommunikations- und Informationsprozesse gelingt, dann kann von einer digitalen Transformation der Pflege gesprochen werden, von der erhebliche Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen und die Arbeitsproduktivität von Pflegekräften und die Pflegequalität erwartet werden können.

Es mag manche Leser:innen überraschen, dass der nächste große Digitalisierungsschritt der Langzeitpflege nicht im vermehrten Einsatz von Pflegerobotik oder digitalen Assistenzsystemen liegt, sondern im Heben der erheblichen Effizienzreserven, die in der vollständigen Erschließung und Nutzung der im Rahmen von Pflegeprozessen anfallenden Datenflüsse integrierter Informations- und Kommunikationstechnologien schlummern. Das bedeutet aber nicht, dass die hiermit verbundene ethische Bewertung weniger Belang hat, als es beim Einsatz von „smarten Wohnumgebungen“ oder sogenannten „emotionalen“ Robotern in der Pflege der Fall ist. Denn es ist durchaus ethisch zu reflektieren, welche Auswirkungen das zunehmende Wechselspiel zwischen Personen und intelligenten „Systemen“ im Rahmen ihrer Interaktion haben werden. Moralische Autonomie als Kern menschlicher Lebensgestaltung hat sich nicht nur im Verhältnis zu intelligenten „Gegenübern“ zu bewähren, sondern in der durch sie mindestens mitbestimmten Interaktion in intelligenten Umgebungen, d. h. der digitalen Sphäre. Die Gestaltung dieser digitalen Sphäre ist ebenso Gegenstand und Herausforderung einer christlichen Ethik, wie die Reflexion auf die Bedingungen eines moralischen Umgangs damit auf der Basis menschlicher, genauer christlicher Freiheit in

der konkreten Frage der Gestaltung von Arbeitsverhältnissen, Organisationskulturen und Arbeitsbedingungen, in diesem Fall in der Langzeitpflege.

Hinzu kommt, dass die im Mittelpunkt dieser Studie stehende digitale Transformation der Langzeitpflege im Sinne einer Integration von IKT-Systemen eine Grundbedingung dafür ist, dass die zurzeit noch kaum zum Einsatz kommenden Systeme aus den Bereichen Robotik und Ambient Assisted Living künftig eine breitere Verwendung finden werden. Denn auch diese Systeme sind auf das Vorhandensein einer digitalen Infrastruktur und die digitale Vernetzung verschiedener Pflegeprozesse angewiesen; auch diese Systeme taugen als „Digitalisierungsinself“ wenig, als Teil eines miteinander vernetzten Gesamtsystems hingegen sehr viel. Wie in der Studie beschrieben wird, geht es dabei aber nicht nur um wirtschaftlichen Nutzen. Vielmehr wäre es ein Trugschluss, dass man den wirtschaftlichen Nutzen von Pflege-technologien unabhängig von Auswirkungen auf den Berufsethos von Pflegekräften und die Lebensqualität der Pflegeempfangenden bewerten könnte. Pflegekräften ist die Qualität ihrer Arbeit ungemein wichtig. Keine Pflege-technologie wird sich erfolgreich durchsetzen können, wenn sie von Pflegekräften vehement abgelehnt wird – sei es, weil ihr Einsatz die intrinsische Motivation zur Ausübung des Pflegeberufs untergraben würde, sei es, weil Pflegekräfte die Auswirkungen eines Einsatzes auf Pflegeempfangende nicht tolerieren könnten.

Mit Blick auf die im Rahmen der Studie beschriebenen Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege kommt noch ein weiterer Punkt hinzu. Grundsätzlich wird die gesellschaftliche Wertschöpfung durch digitale Pflege-technologien nicht nur im Rahmen der Arbeitsverhältnisse, sondern in allen wirtschaftlichen Beziehungen tangiert. Wenn beispielsweise Effizienzgewinne nicht (mindestens auch) den Mitarbeitenden zugutekommen, verschärft sich der Arbeits- und Zeitdruck in der Pflege noch weiterhin. Die Gerechtigkeitsproblematik in der digitalen Transformation könnte dann verschärft und im gesamtgesellschaftlichen Rahmen der Zusammenhalt weiter gefährdet werden. Deshalb sollte an dieser konkreten Stelle des Pflegebereichs geprüft werden, wie „Digitalisierungsgewinne“ gerecht verteilt werden können.

Mit dem Titel „Digital Mensch bleiben“ ist eine Problembeschreibung gegeben, deren Lösung in der ethischen Reflexion erst noch ausgeformt werden muss. Bei der Integration von Arbeitsprozessen in eine digitale bzw. „intelligente“ Umgebung ist es von grundlegender Bedeutung, die Selbststeuerung und Selbstverantwortung der Mitarbeitenden in Bezug auf ihre Tätigkeit si-

cherzustellen und sie nicht zu „Anhängseln“ eines technischen Systems zu degradieren. Dies scheint aus meiner Sicht eine eminent ethische Problemstellung zu sein, wie es gelingen kann, die moralische Autonomie der Personen auch in konkreten Prozessen der digitalen Integration und Transformation sicherzustellen bzw. zu stärken. Eine weitergehende Frage sehe ich darin, welche Ressourcen der ethischen Tradition und der systematischen Kraft des Christentums bzw. des Protestantismus für diese Sicherung und Stärkung der moralischen Autonomie in der digitalen Gesellschaft mobilisiert werden können. So lässt sich als konkrete Frage stellen, ob diakonische Einrichtungen aufgrund ihres christlichen Profils hier eine besondere Kompetenz einbringen und eine besondere Verantwortung tragen.

Das auf die konkrete Problemstellung der Pflichtenbindung von Pflegediensten und -einrichtungen an die Telematikinfrastruktur fokussierte Projekt kann diese Fragen nicht im gesamtgesellschaftlichen Rahmen bearbeiten und beantworten. Es trägt aber mit der Untersuchung und Bewertung zu diesem konkreten Vorgang dazu bei, diese Problemstellung exemplarisch bearbeiten zu können. Vor allem zeigt sich, dass ethische Fragen nicht in abstrakter Form einer „Digitalen Ethik“ über alle Digitalisierungs-Prozesse hinweg behandelt werden können. Vielmehr bedarf es einer an den komplexen Strukturen und Situationen der Praxis ausgerichteten Konkretion. Für diese Konkretion leistet die hier vorgelegte Studie eine bedeutsame empirische Grundlegung. Sie liefert nicht nur Pflegeanbietern, sondern auch politischen Entscheidungsträgern einen Orientierungsrahmen, um Digitalisierungsprozesse in der Langzeitpflege ebenso effizient wie mitarbeitendenfreundlich zu gestalten.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	15
1.1.	Vorteile einer digitalen Transformation der Langzeitpflege	19
1.2.	Basisinfrastruktur, Telematikinfrastruktur und digitale Gesundheitsökonomie	21
1.3.	Motivation und Design der Studie	23
1.4.	Aufbau des Textes	25
2.	Angebot, Nachfrage und aktuelle Entwicklungen auf dem Markt für Langzeitpflege	29
3.	Der Personalmangel im Pflegebereich	39
4.	Die Arbeitsbedingungen im Pflegebereich	43
4.1.	Arbeitsinhalte	45
4.2.	Arbeitsorganisation	52
4.3.	Internes Arbeitsumfeld	55
4.4.	Externes Arbeitsumfeld	64
5.	Gestaltungsfelder der Digitalisierung in der Langzeitpflege	69
5.1.	Interne Informations- und Kommunikationstechnologien (Interne IKT)	72
5.2.	Einrichtungübergreifende Informations- und Kommunikationstechnologien (Externe IKT)	89
5.3.	Technische Assistenzsysteme zur Unterstützung von Pflegekräften	96

5.4.	Technische Assistenzsysteme zur Unterstützung von Pflegeempfangenden	99
6.	Die Nutzung von Digitalisierungstechnologien in Pflegediensten und -einrichtungen	101
6.1.	Der Digitalisierungsgrad von Pflegediensten und -einrichtungen	102
6.2.	Der Digitalisierungsgrad verschiedener funktionaler Bereiche von Pflegediensten und -einrichtungen	106
6.3.	Nutzung spezifischer Digitalisierungstechnologien in Pflegediensten und -einrichtungen	115
6.4.	Pflegeanbieter und die Telematikinfrastruktur	119
6.5.	Hinderungsfaktoren für den Einsatz von Digitalisierungstechnologien in Pflegediensten und -einrichtungen	127
6.6.	Die Wirkung des Einsatzes von Digitalisierungstechnologien in Pflegediensten und -einrichtungen	150
7.	Zusammenfassung der Literaturanalyse und Forschungsfragen	177
7.1.	Die Marktbedingungen in der Langzeitpflege	177
7.2.	Der Personalmangel in der Langzeitpflege	179
7.3.	Die Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege	180
7.4.	Die Nutzung digitaler Pflegetechnologien in der Langzeitpflege	184
7.5.	Hinderungsfaktoren für den Einsatz digitaler Pflegetechnologien	189
8.	Ergebnisse der empirischen Studie	195
8.1.	Die Marktbedingungen in der Langzeitpflege	195
8.2.	Der Personalmangel in der Langzeitpflege	197
8.3.	Die Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege	205
8.4.	Die Nutzung digitaler Pflegetechnologien in der Langzeitpflege	218
8.5.	Hinderungsfaktoren für den Einsatz digitaler Pflegetechnologien in der Langzeitpflege	236

9.	Fazit	243
9.1.	Die wichtigsten Ergebnisse der Literaturanalyse	243
9.2.	Die wichtigsten Ergebnisse der empirischen Studie	257
	Literaturverzeichnis	279

1. Einleitung

Lange Zeit galt der Pflegesektor als digitaler Nachzügler. Das hat sich in den letzten Jahren deutlich geändert.² In den meisten Pflegediensten und -einrichtungen ist, ebenso wie in Betrieben anderer Wirtschaftssektoren, der Einsatz digitaler Technologien alles andere als ein Novum. Allerdings weisen Pflegedienste und -einrichtungen einige Besonderheiten auf, die sie von vielen anderen Betrieben unterscheiden. Die erste Besonderheit ist, dass die Digitalisierung der Pflegeprozesse innerhalb vieler Pflegedienste und -einrichtungen ungleichzeitig bzw. ungleichmäßig verläuft und aus diesem Grund, trotz aller Fortschritte, erhebliche Digitalisierungsreserven noch nicht erschlossen werden können. Während bei der weit überwiegenden Zahl der Pflegeanbieter der Digitalisierungsgrad des Verwaltungs-, Planungs- und Organisationsbereichs bzw. der sekundären Prozesse der Pflege bereits relativ weit fortgeschritten ist, ist der Digitalisierungsgrad der primären Pflegeprozesse, das heißt der körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und Hilfen bei der Haushaltsführung nach SGB XI und XII sowie der Grund- und Behandlungspflege und Haushaltshilfe nach SGB V noch vergleichsweise gering.³ Hinzu kommt, dass die Arbeitsprozesse im primären und sekundären Bereich der Pflege nicht in getrennten Sphären stattfinden. Erst wenn die eingesetzten Digitalisierungstechnologien in den beiden Prozessbereichen miteinander vernetzt sind, sodass sie friktionsfrei digital miteinander kommunizieren und Informationen austauschen können, und sie zudem mit dem sog. Primärsystem⁴ der Pflegeanbieter ver-

2 Dass diese Feststellung bereits seit geraumer Zeit zutrifft, zeigt z. B. Daum (2017, S.13f).

3 Auf den ersten Blick scheint es selbstverständlich zu sein, dass die primären Pflegeprozesse deutlich weniger digitalisiert sind als die sekundären. Aber auch im Bereich der primären Pflegeprozesse werden auf vielfältige Weise Daten erhoben, etwa im Rahmen einer digitalen Pflegeplanung und -dokumentation, bei der digitalen Wunddokumentation oder bei der Messung von Vitaldaten. Vgl. zur Unterscheidung primärer und sekundärer Prozesse der Pflege z. B. Evans u. a. (2022, S.5).

4 Ein Primärsystem ist ein IT-System, das von Leistungserbringern des Gesundheitssystems eingesetzt wird und zentral für die Verwaltung möglichst aller Daten der jeweiligen Leistungserbrin-

bunden sind, wird es mithilfe der dabei eingesetzten Technologien möglich sein, den Mehrwert der internen digitalen Datenflüsse voll auszuschöpfen.⁵ Daher kann die vollständige digitale Integration der primären und sekundären Pflegeprozesse, wenn sie flächendeckend gelingt, als erster wichtiger Meilenstein der digitalen Transformation der Langzeitpflege gesehen werden.⁶

Die zweite Besonderheit ergibt sich aus dem spezifischen Inhalt der primären Pflegeprozesse. Obwohl Planung, Verwaltung, Logistik und Organisation im Pflegebereich eine hohe Bedeutung haben, nimmt die körperbezogene Pflege als personenbezogene Dienstleistung einen übergeordneten Stellenwert ein. Sie ist die alles entscheidende, am Markt gehandelte Leistung eines Pflegeanbieters. Alle anderen Prozesse sollten im Idealfall darauf ausgerichtet sein, die Erbringung dieser Leistung in der bestmöglichen Form zu unterstützen. Die von Pflegekräften erbrachten, körperbezogenen Pflegeleistungen weisen die für personenbezogene Dienstleistungen typische Eigenschaft auf, dass die einzelnen dabei durchgeführten Tätigkeiten nicht oder kaum digitalisierbar sind.⁷ In Bezug auf die Pflegefach- und -hilfskräfte geht Digitalisierung daher weit weniger als in vielen anderen Wirtschaftssektoren mit der Möglichkeit einher, über eine zunehmende Automatisierung von Tätigkeiten sukzessive eine Substituierung von Beschäftigten zu ermöglichen.⁸ Auch wenn vor allem in den Medien zum Teil der Eindruck erweckt wird, Digitalisierung in der Pflege meine einen zunehmenden Einsatz von

ger ist. Ein Beispiel hierfür sind die Praxisverwaltungssysteme (PVS) der Ärztinnen und Ärzte. Eine zweite wichtige Funktion der Primärsysteme besteht darin, dass sie die zentrale Schnittstelle zur Kommunikation mit anderen Leistungserbringern des Gesundheitssystems sowie mit Kostenträgern sind.

- 5 So auch bereits vor Jahren das Bundesministerium für Gesundheit (2017, S.27).
- 6 Die nicht aufeinander abgestimmten digitalen Systeme werden auch „interne Digitalisierungsinself“ genannt. Sie sind zu unterscheiden von „externen Digitalisierungsinself“, die dadurch gekennzeichnet sind, dass die digitalen Systeme unterschiedlicher Leistungserbringer des Gesundheitssystems nicht miteinander kompatibel sind bzw. nicht miteinander kommunizieren können. Vgl. hierzu bspw. Pöser/Bleses (2018, S.34).
- 7 Hierfür gibt es im Wesentlichen zwei Gründe, die sich aus den Eigenschaften personenbezogener Dienstleistungen ableiten lassen. *Erstens* ist der „Arbeitsgegenstand“ einer Pflegekraft ein Mensch. Zwar kann die Pflegearbeit am Menschen durch Technologien, z. B. Personenlifter oder höhenverstellbare Pflegebetten, zu einem gewissen Grad erleichtert werden, ohne eine Pflegekraft kann sie aber nicht erbracht werden. Solche vollautonomen Pflegesysteme existieren nicht ansatzweise, von rechtlichen und ethischen Bedenken ihres Einsatzes einmal abgesehen. *Zweitens* wird die Pflegeleistung in Kooperation mit den Pflegeempfangenden erbracht. Diese Kooperation bzw. ihre Grenzen werden zwar stark von Vorgaben der Pflegedienstleitung geprägt, das ändert allerdings nichts daran, dass kein autonomes technologisches System existiert, mit dem eine solche Kooperation möglich wäre. Vgl. hierzu im Einzelnen Moser u. a. (2024, S.5ff.).
- 8 Vgl. hierzu Fregin u. a. (2023, S.6f.) und Grienberger/Matthes/Paulus (2024).

„Pflegerobotern“, die Pflegekräfte in Zukunft ersetzen könnten,⁹ ist das in der Pflegepraxis nur ein untergeordnetes Thema.¹⁰

Das heißt aber nicht, dass die zunehmende Digitalisierung von Pflegeanbietern, soweit sie zu einer Erhöhung der Arbeitsproduktivität der Pflegenden führt, nicht einen geringeren Bedarf an Pflegefach- und -hilfskräften nach sich ziehen kann. Ob und in welchem Umfang das der Fall ist, hängt aber – und das ist die dritte Besonderheit – stärker als in den meisten anderen Wirtschaftsbereichen von gesetzlichen Rahmenbedingungen ab. Pflegedienstleistungen dürften zu den am meisten regulierten Dienstleistungen auf einem ansonsten wettbewerblich organisierten Markt zählen.¹¹ Die vierte Besonderheit ist die Erwartung, dass Digitalisierung im Pflegebereich nicht nur zu Effizienzzuwächsen, sondern auch zu verbesserten Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege und zu einer Erhöhung der Lebensqualität der Pflegeempfängenden führen kann. 58 Prozent der stationären und 66 Prozent der ambulanten Pflegeanbieter erwarten Effizienzsteigerungen, jeweils 65 Prozent (ambulant, stationär) eine Entlastung des Personals und 41 Prozent (stationär) bzw. 39 Prozent (ambulant) eine Verbesserung der Pflegequalität durch Digitalisierung.¹² Auch wenn von Digitalisierung häufig Wunderdinge erwartet werden, sind diese gebündelten Erwartungen ausgesprochen ambitioniert, zumal Zielkonflikte zwischen Effizienzzuwächsen im Sinne einer Erhöhung der Arbeitsleistung pro eingesetzter Arbeitsstunde

9 Vgl. als Beispiel für viele andere von Hallern (2023).

10 Vgl. z. B. Daum/Kolb (2022, S.25): „Trotz der hohen gesellschaftlichen, politischen und wissenschaftlichen Aufmerksamkeit ist festzustellen, dass robotische Systeme im Alltag der Pflegearbeit, insbesondere der Altenpflege, eine sehr begrenzte Anwendung finden. (...). Robotische Systeme treffen zudem auf eine überwiegende Skepsis seitens der Anwendenden (...). Daneben treten hohe Investitions- und Anschaffungskosten, die eine weitere Hürde darstellen. (...). Speziell bei der Entwicklung sozialinteraktiver Robotik sind zudem die Entwicklungsanforderungen bei der Spracherkennung, die auch mit Artikulationsstörungen fertig wird, eine große Herausforderung.“ Ein Überblick über verschiedene robotische Systeme und Zahlen zur ihrem Einsatz in der Pflege findet sich den Kapiteln 5.3., 5.4. und 6.3.

11 Ein Beispiel dafür, in welcher Weise die Auswirkungen von Innovationen oder Neuerungen in der Langzeitpflege von den gesetzlichen Rahmenbedingungen abhängen, ist die Einführung des sog. Strukturmodells der Pflegedokumentation im Jahr 2015. Ziel der Einführung war eine Entbürokratisierung der Pflegedokumentation, um Pflegekräfte zu entlasten. Bei Anwendung des Strukturmodells können Pflegeanbieter Zeitgewinne realisieren, die Pflegekräfte in die Lage versetzen, mehr Zeit für die Pflegeverrichtung und/oder für andere Tätigkeiten zu verwenden. Ein Vorteil ergibt sich für Pflegeanbieter und Pflegekräfte aber nur, wenn die realisierten Zeitgewinne nicht zu einer geringeren Kostenerstattung der Kostenträger führen. Mit dem 2. Pflegestärkungsgesetz (§ 113 Absatz 1 Satz 6 SGB XI) wurde das untersagt. Der Gesetzgeber begründete die Untersagung damit, dass das Strukturmodell zu einer Verringerung der Arbeitsverdichtung der Pflegekräfte beitragen soll.

12 Vgl. an der Heiden/Bernhard/Otten (2023, S.94).

einer Pflegekraft und einer Entlastung von Pflegekräften und damit auch einer Erhöhung der Pflegequalität existieren können.¹³

Dennoch haben diese Erwartungen eine reale Grundlage, insbesondere wenn über einzelne Pflegedienste und -einrichtungen hinausgedacht wird. Denn eine fünfte Besonderheit des Pflegebereichs besteht darin, dass Pflegedienste und -einrichtungen zwar eine Art „Verkehrsknotenpunkt“ unterschiedlichster Gesundheitsanbieter, Kostenträger und Sozialdienstleister sind, die Kommunikation mit diesen Akteuren aber häufig noch völlig analog erfolgt und von vielgestaltigen Friktionen und Medienbrüchen geprägt ist.¹⁴ Ähnlich, wie die Digitalisierung der primären und sekundären Pflegeprozesse nicht ihre vollen Potenziale entfalten kann, wenn der eine Bereich ein Hemmschuh für den anderen Bereich ist, führt auch die analoge Abstimmung mit anderen wichtigen Akteuren des Gesundheits- und Pflegesystems dazu, dass der Pflegeprozess ins Stocken gerät und Effizienzverluste in Kauf genommen werden müssen. Hinzu kommt, dass Pflegefach- und -hilfskräfte auf diese Weise wichtige Informationen über Pflegeempfangende oder andere Sachverhalte erst mit Verspätung erhalten und weitergeben können, so dass ihre ohnehin knapp bemessenen Zeitressourcen durch Wartezeiten auf Kontakte mit anderen Akteuren des Gesundheitssystems verschwendet werden. Da „Arbeiten unter ständigem Zeitdruck“ einer der wichtigsten Erklärungsfaktoren schlechter Arbeitsbedingungen in der Pflege ist, Zeitmangel zu unvermeidbaren Qualitätseinbußen bei der Pflegedienstleistung führt und die Erbringung einer qualitativ minderwertigen Pflegedienstleistung für Pflegekräfte und Pflegeempfangende emotional belastend ist,¹⁵ könnten eine verbesserte Kommunikation und ein besserer Informationsaustausch mit anderen Gesundheitsdienstleistern und Kostenträgern im Sinne einer digitalen Vernetzung dazu führen, tatsächlich zur gleichen Zeit die Arbeitsproduktivität, die Qualität der Arbeit und die Qualität der Pflege zu erhöhen. Und weil eine solche digitale Vernetzung bislang kaum vorhanden ist, ließen sich bei einer Veränderung dieses Zustands vermutlich alle drei Zielgrößen in einem deutlich höheren Ausmaß realisieren, als es gegenwärtig der Fall ist. Aus diesen Gründen kann eine vollständige digitale Vernetzung mit anderen Leistungserbringern des Gesundheitssystems und Kostenträ-

13 Wenn bspw. durch den Einsatz digitaler Technologien ermöglichte Zeitersparnisse der Pflegekräfte nur dazu führen, dass die Minutenvorgaben der Kostenträger für die Erbringung verschiedener Pflegeverrichtungen verkürzt werden, erhöht sich weder die Qualität der Arbeit noch die Pflegequalität. Vgl. hierzu Kapitel 6.6.4.

14 Vgl. hierzu insbesondere die im Rahmen dieser Studie erzielten empirischen Ergebnisse, die in Kapitel 8.5. aufgeführt sind.

15 Vgl. hierzu Kapitel 4.1.

gern als zweiter wichtiger Meilenstein der digitalen Transformation der Langzeitpflege angesehen werden.

1.1. Vorteile einer digitalen Transformation der Langzeitpflege

Ein Heben der Digitalisierungsreserven in der Langzeitpflege ist sowohl hinsichtlich der digitalen internen Abstimmung zwischen primären und sekundären Pflegeprozessen als auch in Bezug auf die externe digitale Koordination der Pflegedienstleister mit anderen Gesundheitsakteuren von großer Bedeutung.

- *Erstens* herrscht bereits heute ein extremer Mangel an Pflegefachkräften und in Zukunft wird mit einer deutlichen Verschärfung dieser Situation gerechnet. Auch wenn Digitalisierungstechnologien im Pflegebereich nicht geeignet sind, alle oder auch nur einen größeren Teil der Tätigkeiten von Pflegekräften zu ersetzen, könnte eine Erhöhung der Arbeitsproduktivität zur Folge haben, dass künftig weniger Pflegefach- und -hilfskräfte – gemessen in Vollzeitäquivalenten – benötigt werden. Aufgrund der in Zukunft stark zunehmenden Nachfrage nach Pflegekräften heißt das nicht, dass ausgehend vom Status Quo die Zahl an Pflegekräften abgebaut werden kann, wohl aber könnte der zukünftig benötigte Zuwachs an Pflegekräften abgemildert werden.
- Da auch bei einem wesentlich ausgeprägteren Einsatz digitaler Pflegetechnologien in Zukunft mehr Pflegekräfte benötigt werden, wird es *zweitens* zunehmend wichtig sein, die Arbeitsbedingungen im Pflegebereich unter anderem durch die digitale Transformation der Pflege deutlich zu verbessern. Denn nur so kann es gelingen, dass Pflegekräfte lange im Beruf verbleiben wollen und können. Hinzu kommt, dass viele Pflegekräfte aufgrund der schwierigen Arbeitsbedingungen und der kaum möglichen Abstimmung ihrer oft ungewöhnlichen Arbeitszeiten mit der Wahrnehmung familiärer und sonstiger privater Verpflichtungen ausgesprochen häufig nur in Teilzeit tätig sein können bzw. wollen. Über eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen könnte erreicht werden, dass Pflegekräfte in höherem Ausmaß bereit sind, ihre vertraglichen Arbeitsstunden zu erhöhen, sodass auch über diesen Weg ein Beitrag zur Abmilderung des Fachkräftemangels erzielt werden könnte. Ein positiver Feedbackeffekt würde dadurch ausgelöst, dass über eine Abmilderung des Personalmangels zu-

gleich eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen erzielt werden kann, weil Pflegekräfte seltener mit Situationen konfrontiert würden, in denen sie ihre Arbeit unter den erschwerten Bedingungen unter- oder minimal-besetzter Pflegestationen bzw. ambulanter Dienste verrichten oder ihre Freizeit opfern müssen, um für kurzfristig fehlende Kolleginnen und Kollegen einzuspringen. Zusammengenommen könnte über eine solche Entwicklung der Pflegeberuf deutlich an Attraktivität gewinnen, was zu erhöhten Anreizen führt, den Pflegeberuf zu ergreifen, wodurch erneut eine Abmilderung des Personalmangels erzielt werden kann.

- Wenn *drittens* Zeitersparnisse, die über eine effizienter Organisation der Pflegeprozesse erzielt werden, nicht vollständig dafür genutzt werden, Vollzeitäquivalente einzusparen, sondern ein Teil der Zeitgewinne zu einer Erhöhung der für einzelne Pflegeleistungen zur Verfügung stehenden Zeit führen würde, könnte auch die Pflegequalität und damit die Lebenszufriedenheit der zu Pflegenden erhöht werden.
- *Viertens* könnte über eine Digitalisierung der Kommunikation und des Informationsaustauschs mit externen Gesundheitsdienstleistern die Pflegequalität dadurch verbessert werden, dass Pflegekräfte stets Zugang zu aktuellen Informationen erhalten, neue Informationen ohne große Zeitverluste weitergeben können und andere Gesundheitsdienstleister bei Bedarf zeitnah in Pflegeprozesse einbezogen werden.
- *Fünftens* könnte die Pflegequalität erhöht werden, wenn Pflegefachkräfte durch den Einsatz von Digitalisierungstechnologien über mehr zeitlichen Freiraum und zudem stets über alle relevanten Informationen verfügen, um ausbildungsadäquat den Pflegeprozess zu steuern, zu organisieren und zu evaluieren sowie die Pflegequalität zu sichern und weiterzuentwickeln.
- *Sechstens* würde der Pflegeberuf aufgewertet, wenn Pflegefachkräfte über die Digitalisierung der externen Kommunikation und des Informationsaustauschs mit anderen Akteuren des Gesundheitssystems auf Augenhöhe und kooperativ zusammenarbeiten könnten, statt auf die untergeordnete Rolle der allein für die Pflegeleistung zuständigen „Erfüllungsgehilfen“ anderer Gesundheitsleistungserbringer reduziert zu werden.¹⁶ Hierin

16 So z. B. auch der Dachverband der Betriebskrankenkassen, der davon spricht, dass „die Infantilisierung der Pflege“ ein Ende haben muss. Vgl. BKK Dachverband (2024, S.6).

liegt großes Potenzial, nicht nur die Attraktivität des Pflegeberufs, sondern auch die Arbeitszufriedenheit der Pflegefachkräfte zu erhöhen

1.2. Basisinfrastruktur, Telematikinfrastuktur und digitale Gesundheitsökonomie

All diese Effekte ließen sich selbst bei einer deutlichen Forcierung des Tempos der digitalen Transformation der Langzeitpflege nicht kurzfristig erreichen. Insbesondere die pflegedienst- bzw. einrichtungsübergreifende digitale Kommunikation und der Informationsaustausch mit anderen Gesundheitsakteuren auf Augenhöhe käme einem Kulturwandel gleich, der sich vermutlich erst im Laufe mehrerer Jahre einstellen würde.

Dennoch muss ein Anfang gemacht werden. Dieser betrifft zunächst die Integration der in primären und sekundären Pflegeprozessen zum Einsatz kommenden digitalen Pflegetechnologien. Hierin schlummern nicht nur enorme interne Effizienzreserven, vielmehr kann die Integration aller relevanten Informations- und Kommunikationssysteme und die Zusammenführung aller Informationsflüsse im Primärsystem eines Pflegeanbieters als *Basisinfrastruktur* dafür angesehen werden, eine nutzenstiftende Vernetzung mit anderen Gesundheitsdienstleistern und Kostenträgern zu ermöglichen. Eine solche Basisinfrastruktur ist bspw. notwendig, damit von externen Gesundheitsdienstleistern versendete medizinische oder pflegerische Informationsobjekte automatisch in die Primärsysteme von Pflegediensten und -einrichtungen eingespeist werden – und umgekehrt. Zudem erfordert auch die Nutzung anderer Digitalisierungstechnologien, z. B. von Assistenzsystemen, die Vitalparameter von Pflegeempfangenden messen und diese Daten an die Informationssysteme der entsprechenden Pflegedienste und -einrichtungen versenden, das Vorhandensein einer Basisinfrastruktur. Ihr Vorhandensein ist daher nicht nur entscheidend dafür, die internen Datenflüsse zwischen verschiedenen Funktionsbereichen eines Pflegeanbieters friktionsfrei und vollständig zu erfassen, zu verarbeiten und zu nutzen. Eine Basisinfrastruktur ist zudem eine Plattform für eine viel weitergehende digitale Transformation der Pflege, indem sie sowohl die notwendige Grundlage einer kooperativen Leistungserbringung mit anderen Akteuren des Gesundheitssystems ist als auch eine sinnvolle Nutzung weiterer Digitalisierungstechnologien ermöglicht.

Erst wenn eine hinreichend große Zahl von Pflegeanbietern über eine solche Basisinfrastruktur verfügt, können sich die Vorteile einer Digitalisierung der

externen Kommunikation und des Informationsaustauschs mit anderen Gesundheitsleistungserbringern voll entfalten. Im deutschen Gesundheitssystem soll das über einen Anschluss möglichst aller Akteure des Gesundheitssystems an die extern bereitgestellte Telematikinfrastruktur gelingen. Mit ihrer Hilfe können die verschiedenen Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen im Rahmen eines geschlossenen Netzes sektorenübergreifend standardisierte medizinische und pflegebezogene Informationen austauschen.¹⁷ Idealerweise sollten alle Pflegedienste und -einrichtungen bis zur Pflichtanbindung an die TI im Juli 2025 über eine Basisinfrastruktur verfügen. Denn solange das bei einem größeren Teil der Pflegedienste und -einrichtungen nicht der Fall ist, muss eine Doppelstruktur vorgehalten werden, bei der andere Akteure des Gesundheitswesens mit Pflegediensten- und -einrichtungen zum Teil rein digital und zum Teil immer noch analog über das Telefon, das Faxgerät oder die Post kommunizieren.¹⁸ Das ist augenscheinlich ineffizient. Trotz dieses Nachteils, sollte auch dann, wenn nicht alle Pflegedienste und -einrichtungen über eine Basisinfrastruktur verfügen, eine Digitalisierung der externen Kommunikation und des Informationsaustauschs mit anderen Gesundheitsleistungserbringern im Sinne eines Anschlusses an die Telematikinfrastruktur in Angriff genommen werden, sobald die Voraussetzungen dazu vorliegen. Denn die Etablierung dieser Kommunikationswege im gesamten deutschen Gesundheitssystem weist die Charakteristika eines Netzwerkgutes auf. Je mehr Gesundheitsdienstleister und Pflegeleistungserbringer daran aktiv beteiligt sind, desto nutzenstiftender ist das Gesamtsystem für alle Teilnehmenden und desto vorteilhafter wird es im Zeitablauf für noch nicht integrierte Gesundheitsdienstleister und Pflegeanbieter, sich ebenfalls zu beteiligen und die Voraussetzungen dafür zu schaffen. Eine möglichst frühe Etablierung der externen Kommunikation und des Informationsaustauschs mit anderen Gesundheitsakteuren macht zudem deshalb Sinn, weil im Laufe der Zeit Lerneffekte auftreten, die anfängliche technische Unzulänglichkeiten nach und nach beseitigen, Innovationen begünstigen und zur Stabilisierung des Gesamtsystems beitragen.

Endzustand wäre eine „digitale Gesundheitsökonomie“, in der Pflegedienste und -einrichtungen an die Telematikinfrastruktur nicht nur angebunden sind, sondern alle ihre Dienste und Fachanwendungen bzw. die damit verbundenen Vorteile nutzen können. Bis dahin ist es für viele Pflegedienste

17 Eine genauere Erläuterung der Telematikinfrastruktur und ihrer Anwendungen findet sich in Kapitel 5.2.

18 Ebenso müssen natürlich auch andere Gesundheitsdienstleister ihre Prozesse vollständig digitalisieren, um Doppelstrukturen zu vermeiden. Das gilt insbesondere auch für Kostenträger.

und -einrichtungen noch ein weiter Weg. Denn erstens war es aufgrund einer noch fehlenden Basisinfrastruktur und bislang nur sehr unzureichend nutzbaren Anwendungsfällen der Telematikinfrastruktur für viele Pflegedienste und -einrichtungen bis zum Juli 2025 aus wirtschaftlichen Gründen noch nicht sinnvoll, sich *freiwillig* an der digitalen Gesundheitsökonomie zu beteiligen und die internen Voraussetzungen dafür zu schaffen. Hinzu kommt, dass die Investitionskosten, die für eine Basisinfrastruktur aufgewendet werden müssen, gerade für kleinere Pflegedienste trotz Förderprogrammen schwer zu stemmen sind, weil die Förderbeträge nicht nach der Größe der Pflegedienste oder nach ihrem Umsatz gestaffelt werden. Drittens hatte es der Gesetzgeber bis zum Juli 2025 versäumt, glaubwürdige Fristen für eine Pflichtanbindung der Pflegedienste und -einrichtungen an die Telematikinfrastruktur zu setzen und zusätzlich im Blick zu haben, dass im Vorfeld einer solchen Anbindung die Voraussetzungen dafür geschaffen werden müssen, dass die Pflichtanbindung mit einem direkten wirtschaftlichen Nutzen verbunden ist. Unter diesen Umständen konnte nicht davon ausgegangen werden, dass die Akzeptanz der Anbindungspflicht und die Motivation zur tatsächlichen Nutzung der Telematikinfrastruktur hoch sein würde.

1.3. Motivation und Design der Studie

Grundsätzliches Ziel der Studie war es, Hinderungs- und Erfolgsfaktoren der Implementation des Einsatzes von Digitalisierungstechnologien in Pflegediensten und -einrichtungen herauszuarbeiten. Die großen strukturellen Unterschiede zwischen Pflegeanbietern, unterschiedliche Führungsstile der Leitenden, unterschiedliche Herausforderungen der Pflegekräfte und unterschiedliche Einstellungen und Erwartungen der Leitenden und der Pflegekräfte bezüglich der digitalen Transformation der Pflege lassen sich kaum mithilfe einer quantitativen Studie herausarbeiten. Es wurde daher ein qualitativer Studienansatz gewählt. Dabei wurden sowohl Leitende von Pflegeanbietern anhand leitfadengestützter Interviews als auch Pflegekräfte im Rahmen von leitfadengestützten Fokusgruppen befragt.

Während der Planungsphase der Studie im Jahr 2022 sah die Gesetzeslage vor, dass sich alle Pflegeeinrichtungen und -dienste bis spätestens zum 1. Januar 2024 an die Telematikinfrastruktur anbinden müssen. Die Pflichtanbindung aller Pflegeanbieter an die TI in den Fokus der Studie zu rücken, war vor dem Hintergrund des grundsätzlichen Ziels der Studie hochinteressant, denn Untersuchungen, die eine Durchführung von Digitalisierungs-

maßnahmen in verschiedenen Pflegeeinrichtungen und -diensten beobachten und dabei Hinderungs- und Erfolgsfaktoren identifizieren wollen, stehen vor dem Problem, Pflegeeinrichtungen und -dienste ausfindig zu machen, die eine identische und somit vergleichbare Digitalisierungsmaßnahme durchführen. Die Auswirkungsreichweite dieser Digitalisierungsmaßnahme muss zudem groß genug sein, dass überhaupt nennenswerte Hinderungs- und Erfolgsfaktoren herausgearbeitet werden können. Die Pflichtenbindung von Pflegeeinrichtungen und -diensten an die Telematikinfrastruktur ist eine identische Digitalisierungsmaßnahme und die Auswirkungsreichweite ist, wie im letzten Abschnitt besprochen wurde, potenziell groß.

Da davon auszugehen war, dass sich die meisten Pflegeanbieter erst im Laufe des Jahres 2023 an die TI anbinden werden, wurde zunächst eine umfangreiche Analyse der vorhandenen Literatur zur Digitalisierung in der Langzeitpflege durchgeführt, aus der Forschungsfragen der Studie und darauf bezogene Gesprächsleitfäden für die Einzelinterviews und Fokusgruppengespräche abgeleitet wurden. Im Jahr 2023 sollte, je nach Anbindungstermin der Pflegedienste und -einrichtungen an die TI, mit der Befragung der Pflegeanbieter begonnen werden. Die Befragungen konnten jedoch zunächst nicht wie geplant durchgeführt werden. Denn mit Inkrafttreten des Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetzes im Juli 2023 wurde die Pflichtenbindung von Pflegediensten und -einrichtungen an die TI, die keine Leistungen nach dem SGB V erbringen, auf den 1. Juli 2025 verschoben.¹⁹ Das Gesetz zur Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens, das im Dezember 2023 im Bundestag verabschiedet wurde, verschob auch die Pflichtenbindung all jener Einrichtungen an die TI, die Leistungen nach dem SGB V erbringen, auf den 1. Juli 2025. Diese Entwicklung führte dazu, dass alle Pflegeanbieter, die im Rahmen der Studie befragt werden sollten, ihre Pläne zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur auf Eis legten.

Da bereits einige Einzelinterviews und Fokusgruppenbefragungen durchgeführt worden waren und das Forschungsinteresse identisch blieb, wurde vom ursprünglichen Studiendesign jedoch nicht völlig abgewichen. Die aus der Literaturanalyse abgeleiteten Forschungsfragen blieben die gleichen. Die Interview- und Gesprächsleitfäden wurden jedoch so verändert, dass Fragen

19 Vgl. § 341 Abs. 8 SGB V: „Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen nach dem Elften Buch haben bis zum 1. Juli 2025 alle Voraussetzungen zu erfüllen, um den Zugriff auf die elektronische Patientenakte und den Anschluss an die Telematikinfrastruktur nach § 306 umzusetzen.“

zum nun nicht mehr unmittelbar bevorstehenden TI-Anschluss im Vergleich zu anderen Befragungsthemen weniger stark im Mittelpunkt standen. Eine gravierendere Folge der verschobenen Pflichtanbindung an die TI war allerdings, dass einige der für eine Befragung gewonnenen Pflegeanbieter nicht mehr an einer Studienteilnahme interessiert waren. Letztlich konnten für die Studie Interviews mit sechs Leitenden und zwei Fokusgruppenbefragungen mit 10 Pflegekräften in 4 Einrichtungen durchgeführt werden. Durch den Verlust einiger der zuvor an einer Studienteilnahme interessierten Pflegeanbieter, wiesen die verbliebenen Pflegedienste und -einrichtungen bezüglich ihrer Größe (Mittel) und Lage (Kleinstädtisch) eine große Homogenität auf, unterschieden sich allerdings hinsichtlich ihres Digitalisierungsgrads und des Leistungsspektrums.²⁰ Neben zwei mobilen Pflegediensten wurden eine stationäre Einrichtung und ein Pflegeanbieter befragt, der eine Tagespflegeeinrichtung und einen mobilen Pflegedienst betreibt.

1.4. Aufbau des Textes

Die zum Teil eng miteinander verbundenen Hauptproblembereiche der Langzeitpflege sind der aktuelle und sich künftig aller Wahrscheinlichkeit nach noch verschärfende Mangel an Pflegefachkräften, schlechte Arbeitsbedingungen für Pflegekräfte bzw. eine geringe Qualität der Arbeit und die auf den Personalmangel und unvorteilhaften Arbeitsbedingungen zurückzuführenden Mängel der Pflegequalität. Digitalisierung ist kein Allheilmittel für diese Probleme, kann aber zu einer spürbaren Entschärfung beitragen. Notwendig ist dazu an erster Stelle eine möglichst flächendeckende oder zumindest deutliche Ausweitung der digitalen Integration primärer und sekundärer Pflegeprozesse in den Pflegeeinrichtungen und -diensten, bevor der zweite große Schritt einer digitalen Transformation der Pflege, die Digitalisierung der externen Kommunikation und des Informationsaustauschs mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens und Kostenträgern in Angriff genommen wird. Diese Sachverhalte erschließen sich nicht von selbst. Bevor die empirischen Ergebnisse, die im Rahmen dieser Studie ermittelt wurden, vorgestellt werden, ist es daher notwendig, die derzeitige Situation und die aktuellen und künftigen Problembereiche der Langzeitpflege darzustellen und den Einsatz von digitalen Technologien durch Pflegeanbieter sowie deren Auswirkungen zu analysieren.

20 Zuvor war geplant, auch einen großen städtischen und einen kleinen ländlichen Pflegeanbieter zu befragen, doch gerade diese beiden Pflegeanbieter konnten durch die Verschiebung der Pflichtanbindung an die TI nicht mehr befragt werden.

Der weitere Text ist entsprechend wie folgt aufgebaut. In Kapitel 2 wird zunächst die aktuelle Situation auf dem Markt für Langzeitpflege analysiert. Neben einer Übersicht über die Marktentwicklung in den letzten Jahren und den damit verbundenen Folgen für die finanzielle Situation der Pflegeanbieter wird auch ein Blick auf die aktuelle und künftige Nachfrage nach Pflegeleistungen geworfen. In den Kapiteln 3 und 4 werden die beiden großen Problembereiche der Pflegeangebotsseite diskutiert. Kapitel 3 beschäftigt sich mit dem aktuellen und künftig erwarteten Mangel an Pflegekräften, insbesondere an Pflegefachkräften. Kapitel 4 analysiert die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte, differenziert nach den Arbeitsinhalten (Kapitel 4.1.), der Arbeitsorganisation (Kapitel 4.2.), dem internen Arbeitsumfeld inklusive der Entlohnung (Kapitel 4.3.) und dem externen Arbeitsumfeld (Kapitel 4.4.).

Kapitel 5 befasst sich mit Gestaltungsfeldern der Digitalisierung in der Langzeitpflege. Neben dem Einsatzzweck der verschiedenen Pflegetechnologien werden auch ihre Vernetzungsmöglichkeiten beschrieben und die damit potenziell verbundenen Vorteile eruiert. Digitale Pflegetechnologien werden dabei nach ihrem Funktionsbereich in einem Pflegedienst bzw. einer Pflegeeinrichtung unterschieden. Kapitel 5.1. befasst sich mit pflegedienst- bzw. einrichtungsintern zum Einsatz kommenden Informations- und Kommunikationstechnologien, in Kapitel 5.2. geht es anschließend um pflegedienst- bzw. einrichtungsübergreifende Informations- und Kommunikationstechnologien, inklusive der Telematikinfrastruktur. Kapitel 5.3. erläutert und diskutiert technische Assistenzsysteme zur Unterstützung von Pflegekräften und 5.4. schließt das Kapitel mit einem diskursiven Überblick technischer Assistenzsysteme zur Unterstützung von Pflegeempfangenden ab.

Das 6. Kapitel befasst sich mit der tatsächlichen Nutzung von Digitalisierungstechnologien in Pflegediensten und -einrichtungen, wobei auch die erwarteten Auswirkungen des Einsatzes verschiedener Technologien diskutiert werden. In Kapitel 6.1. werden empirische Studien ausgewertet und diskutiert, die sich mit dem generellen Digitalisierungsgrad von Pflegediensten und -einrichtungen befassen. Die beiden folgenden Teilkapitel tauchen etwas tiefer in das Digitalisierungsgeschehen in Pflegediensten und -einrichtungen ein. In Kapitel 6.2. werden empirische Studien ausgewertet und diskutiert, die sich mit der Frage befassen, in welchen Funktionsbereichen der Pflegeanbieter Digitalisierungstechnologien eingesetzt werden. Kapitel 6.3. enthält eine Auswertung und Diskussion von empirischen Studien, die sich mit der Nutzung spezifischer Digitalisierungstechnologien in Pflegediens-

ten und -einrichtungen beschäftigen. In Kapitel 6.4. geht es anschließend um die Frage, wie gut Pflegeanbieter auf die Anbindung an die Telematikinfrastruktur vorbereitet sind. In Kapitel 6.5. werden denkbare Hinderungsfaktoren für den Einsatz von Digitalisierungstechnologien in Pflegediensten und -einrichtungen diskutiert. Dabei werden drei mögliche Hinderungsfaktoren näher analysiert: Die digitale Bereitschaft und Fähigkeit des Pflegepersonals (Kapitel 6.5.1.), die Kosten digitaler Pflēgetechnologien (Kapitel 6.5.2.) und die GrōÙe von Pflegeanbietern (Kapitel 6.5.3.). Kapitel 6.6. befasst sich anschließend mit der Wirkung des Einsatzes von Digitalisierungstechnologien in Pflegediensten und -einrichtungen, wobei Auswirkungen auf die Effizienz der Arbeitsprozesse (Kapitel 6.6.1.), die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte (Kapitel 6.6.2.) und die Pflegequalität (Kapitel 6.6.3.) gesondert betrachtet werden. In Kapitel 6.6.4. werden abschließend denkbare Zielkonflikte zwischen einer Erhöhung der Arbeitsproduktivität und einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte analysiert und Vorschläge unterbreitet, wie Zielkonflikte aufgelöst werden könnten.

Kapitel 7 liefert einen Überblick über die wichtigsten Ergebnisse der vorangehenden Kapitel. Hiervon ausgehend werden 12 Forschungsfragen formuliert, deren Beantwortung Kern der im Rahmen dieser Studie durchgeführten Leitfadenterviews mit Leitenden von Pflegeanbietern und Fokusgruppenbefragungen mit Pflegekräften war. Die Ergebnisse einer Analyse der Interviews und Befragungen findet sich in Kapitel 8, aufgegliedert in die Bereiche Marktbedingungen in der Langzeitpflege (Kapitel 8.1.), Personalmangel in der Langzeitpflege (Kapitel 8.2.), Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege (Kapitel 8.3.), Nutzung digitaler Pflēgetechnologien in der Langzeitpflege (Kapitel 8.4.) und Hinderungsfaktoren für den Einsatz digitaler Pflēgetechnologien in der Langzeitpflege (Kapitel 8.5.). Im abschließenden Kapitel 9 findet sich ein Fazit der wichtigsten Ergebnisse dieser Studie.

2. Angebot, Nachfrage und aktuelle Entwicklungen auf dem Markt für Langzeitpflege

Seit der Jahrtausendwende hat die Anzahl der Beschäftigten ambulanter Pflegedienste um 134 Prozent, die Anzahl der Beschäftigten stationärer Pflegeeinrichtungen um 71 Prozent zugenommen. Insgesamt waren 2021 1,26 Millionen Menschen im Langzeitpflegebereich beschäftigt, das entspricht einem Fünftel aller Beschäftigten des Gesundheitswesens.²¹ Deutlich zugenommen hat auch die Zahl der Pflegeanbieter. Zwischen 2009 und 2023 nahm die Zahl der ambulanten Pflegedienste um mehr als 3.500 auf 15.549, die Zahl der Pflegeheime um beinahe 5.000 auf 16.505 zu. Eine im Vergleich dazu eher geringe Zunahme (um weniger als 1.000) war allerdings bei Pflegeheimen zu verzeichnen, die ausschließlich vollstationäre Dauerpflege anbieten (2023: 11.250).²² Aus Gründen, die weiter unten diskutiert werden, entwickelte sich die Zahl der vollstationären Langzeitpflegeeinrichtungen zuletzt sogar rückläufig.²³

Seit der Jahrtausendwende nahm auch die Zahl der von ambulanten Pflegediensten (von 435.000 auf 1,1 Mio.) und in stationären Pflegeeinrichtungen (von 604.000 auf 799.500) versorgten Pflegeempfangenden deutlich zu. Während die meisten Pflegeempfangenden von An- und Zugehörigen gepflegt werden (2021: 3,1 Mio. Pflegeempfangende), verschob sich die von Pflegeempfangenden, die professionelle Pflegeangebote in Anspruch nehmen, dominante Versorgungsform mit hohem Tempo von stationär zu ambulant.²⁴ Damit ging einher, dass der Pflegemarkt immer stärker von privaten Anbietern geprägt wird. Denn während im stationären Bereich freigemeinnützige (53,3 Prozent) und öffentliche Träger (4,3 Prozent) die privaten

21 Vgl. Destatis (2023a) und Destatis (2024a).

22 Vgl. Destatis (2024b).

23 Ebenda. Zwischen 2021 und 2023 nahm die Zahl der vollstationären Dauerpflegeeinrichtungen um 108 ab.

24 Vgl. Destatis (2024c).

Träger von Pflegeeinrichtungen (42,4 Prozent) noch dominieren, sieht es im Bereich der ambulanten Pflege genau umgekehrt aus. Private Pflegedienste haben hier einen Marktanteil von 68,5 Prozent, in freigemeinnütziger Trägerschaft betriebene Pflegedienste kommen auf 30,2 Prozent und öffentliche Träger spielen mit 1,3 Prozent aller ambulanten Pflegedienste keine nennenswerte Rolle.²⁵

Auf den ersten Blick scheint sich sowohl das Angebot der Pflegeleistungserbringer als auch die Lebenssituation der zu pflegenden Personen nicht nur dynamisch, sondern mit dem Trend zur ambulanten Pflege in der eigenen Häuslichkeit auch in wünschenswerter Weise zu entwickeln. Nach einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung wünschen sich 68 Prozent der Befragten im Falle des Eintritts einer Pflegebedürftigkeit eine Versorgung in der eigenen Wohnung durch einen Pflegedienst. Bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit in einem Pflegeheim versorgt zu werden, wollen hingegen nur 16 Prozent der Befragten.²⁶ Einem immer größeren Anteil der Pflegeempfangenden bleibt somit der überwiegend unerwünschte Gang ins Pflegeheim erspart, sie können allein durch die Hilfe An- und Zugehöriger und/oder durch Hinzuziehung ambulanter Pflegedienste in der eigenen Häuslichkeit verbleiben.

Doch der Trend zur Nutzung ambulanter Pflegedienste ist nicht nur auf den in § 3 SGB XI kodifizierten Vorrang der (ggf. unterstützten) häuslichen vor der stationären Pflege zurückzuführen. So hat die Veränderung des Pflegebedürftigkeits-Begutachtungsverfahrens („Neues Begutachtungsassessment“) im Jahr 2017 den (intendierten) Effekt gehabt, dass Menschen, die bis 2017 aufgrund des bis dahin hauptsächlich auf körperliche Beeinträchtigungen abstellenden Pflegebegutachtungsverfahrens keine Einstufung in die bis dahin drei Pflegestufen erhalten konnten, seither in einen der neuen fünf Pflegegrade eingestuft werden können, weil nun Einschränkungen der Selbständigkeit und der daraus abzuleitende Hilfebedarf unabhängig von der Ursache des Eintritts einer Pflegebedürftigkeit berücksichtigt werden.²⁷

25 Vgl. Destatis (2024h, Tabellen 22411-02 und 22412-11).

26 Vgl. hierzu Haumann (2024, S.43).

27 Bereits das Pflegeweiterentwicklungsgesetz (2008) und das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (2012) enthielten Regelungen, die es ermöglichten, neben körperlichen Beeinträchtigungen auch eingeschränkte Alltagskompetenzen, z.B. bei demenziell Erkrankten, bei der Pflegebegutachtung zu berücksichtigen. Mit dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz (2017) wurde dann der Paradigmenwechsel beim Begutachtungsverfahren vollzogen. Entscheidend für die Einstufung in einen der fünf Pflegegrade sind seither Beeinträchtigungen der Selbständigkeit eines

Dadurch erweiterte sich der Personenkreis, der Leistungen der Pflegeversicherung erhalten kann, ganz wesentlich. 70 Prozent des Anstiegs der Zahl der Pflegeempfangenden zwischen 2017 und 2021 um 1,5 Millionen ist auf einen Anstieg der Anzahl der zu pflegenden Personen mit den Pflegegraden 1 und 2 zurückzuführen, für die ein Umzug in ein Pflegeheim im Regelfall nicht zur Debatte steht bzw. (ggf. unterstützte) häusliche Pflege der Normalfall ist. Nur 0,8 Prozent der Pflegeempfangenden mit Pflegegrad 1 und 7,2 Prozent der zu pflegenden Personen mit Pflegegrad 2 werden vollstationär gepflegt. Ambulante Pflegedienste nutzen 14,2 Prozent (Pflegegrad 1) bzw. 22,6 Prozent (Pflegegrad 2).²⁸ Der Anstieg der Pflegeempfangenden mit den pflegeintensiven Pflegegraden 4 und 5 belief sich zwischen 2017 und 2021 hingegen „nur“ auf 80.000.²⁹ Bei diesen Pflegeempfangenden beträgt der Anteil vollstationärer Pflege 38,9 Prozent (Pflegegrad 4) bzw. 48,6 Prozent (Pflegegrad 5). Ambulante Pflegedienste nutzen 20,6 Prozent der zu pflegenden Personen mit Pflegegrad 4 und 19,4 Prozent der Pflegeempfangenden mit Pflegegrad 5.³⁰ Dass sich die nach der An- und Zugehörigenpflege dominante Versorgungsform von stationär zu ambulant verschoben hat, ist daher ganz erheblich auf die neuen Pflegegrade bzw. das neue Begutachtungsverfahren zurückzuführen.

Doch ist das nicht der einzige Grund. Während die zahlenmäßige Ausdehnung der im Rahmen der Pflegeversicherung versorgten Menschen mit kognitiven und psychischen Beeinträchtigungen intendiert und wünschenswert ist, existiert eine weder intendierte noch grundsätzlich wünschenswerte Ursache dafür, warum sich das Verhältnis der von ambulanten Pflegediensten betreuten Pflegeempfangenden im Verhältnis zur vollstationären Betreuung so stark verändert hat. Die Pflegeversicherung ist bekanntlich keine Vollversicherung. Vor allem – aber nicht nur³¹ – in Pflegeheimen versorgte Pflegeempfangende müssen einen großen Teil der Pflegekosten selbst tragen; die Eigenanteile für Unterkunft, Verpflegung und Investitionskosten sowie den

Antragsstellers – unabhängig davon, ob diese Beeinträchtigungen körperliche, kognitive oder psychische Ursachen haben.

28 Vgl. Destatis (2023a).

29 Vgl. Rothgang/Müller (2023, S.44).

30 Vgl. Destatis (2023a).

31 Auch bei der Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes können in Abhängigkeit vom Pflegegrad und der Inanspruchnahme bestimmter Leistungen zum Teil Eigenanteile von über 1.000 Euro anfallen, vgl. z. B. Deutscher Pflegering (o. D.). Hohe Eigenanteile fallen vor allem dann an, wenn keine An- oder Zugehörigen vorhanden sind, die nicht in den direkten Bereich der Pflege fallende Aufgaben im Haushalt der pflegeempfangenden Personen (Einkaufen, Wäschewaschen, Putzen, Kochen, etc.) oder einige Pflegeverrichtungen (z. B. Waschen, Baden) (mit)übernehmen können.

einrichtungseinheitlichen Eigenanteil (EEE).³² Trotz der 2022 eingeführten Begrenzung des EEE,³³ haben im Bundesdurchschnitt allein zwischen 2017 und 2024 die von in Heimen lebenden Pflegeempfangenden selbst zu tragenden Kosten von 1.752 Euro auf 2.424 Euro pro Monat bzw. um 38,4 Prozent zugenommen.³⁴ Bis 2026 wird mit einem weiteren Anstieg auf dann 2.894 Euro gerechnet.³⁵ Die mit dem Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI erzielte Verringerung der von Pflegeempfangenden in Pflegeheimen zu tragenden Selbstkosten sind zwar durchaus beachtlich. Ohne den Leistungszuschlag hätten die selbst zu tragenden Kosten 2024 im Durchschnitt 3.231 Euro betragen.³⁶ Dennoch sind die von Pflegeheimbewohnern und -bewohnerinnen selbst zu tragenden Kosten sehr hoch und übertreffen die selbst zu tragenden Kosten bei Beanspruchung eines ambulanten Pflegedienstes um ein Vielfaches. Zudem verdecken die durchschnittlichen Eigenbeteiligungen, dass die selbst zu zahlenden Beträge nach dem Ersteinzug in ein Pflegeheim am höchsten sind, denn der Leistungszuschlag zum EEE ist in den ersten 12 Monaten nach dem Einzug am geringsten. Für neue Bewohner eines Pflegeheims lag der Eigenanteil im Bundesdurchschnitt und unter Berücksichtigung der Leistungszuschläge 2024 bei 2.968 Euro.³⁷ Diese Kosten können nach dem Verzehr eigener Mittel oft nur durch Inanspruchnahme der Sozialhilfe getragen werden – wobei das Sozialamt von Ehepartnern, Partnern einer eingetragenen Lebensgemeinschaft und ab einem Jahreseinkommen von über 100.000 Euro auch von Kindern eine Kostenbeteiligung verlangt. 2023 waren 407.000 Pflegeempfangende auf die Hilfe zur Pflege angewiesen, von ihnen lebten 82 Prozent in einer Pflegeeinrichtung.³⁸ Viele zu pflegende Personen verbleiben daher verständlicherweise so lange in der eigenen Wohnung, wie es ohne wesentliche Einschränkungen der Pflegequalität möglich ist. Neben dem zeitlich weitgehend konstanten Wunsch, länger

32 Der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE) ergibt sich aus dem Differenzbetrag zwischen dem Pflegesatz einer Pflegeeinrichtung und den von den Pflegekassen übernommenen Kosten. Die Bezeichnung lässt erkennen, dass er grundsätzlich nicht individuell für Pflegeempfangende berechnet wird, sondern grundsätzlich für alle Pflegeheimbewohner:innen gleich hoch ist, sofern ihr Pflegegrad höher als 1 ist.

33 Im Rahmen des Gesundheitsweiterentwicklungsgesetzes wurde ein neuer § 43c in das SGB XI eingefügt, der seit dem 1.1.2022 eine nach Wohndauer im Pflegeheim gestaffelte Verringerung des EEE vorsieht. Finanziert wird diese Verringerung über einen Leistungszuschlag der Pflegekassen. Der EEE ist weiterhin unabhängig vom Pflegegrad. Er ist aber nun abhängig von der jeweiligen Verweildauer im Pflegeheim und daher nicht mehr für alle Bewohner gleich hoch.

34 Vgl. Wissenschaftliches Institut der AOK (2024).

35 Ebenda. Angegeben ist hier der Wert für das mittlere Vorausberechnungsszenario.

36 Ebenda.

37 Ebenda.

38 Vgl. Destatis (2024d).

in der eigenen Häuslichkeit zu leben, wird als zweitwichtigster Grund für den immer späteren Umzug in eine stationäre Einrichtung „die Sorge vor hohen Eigenanteilen und (der) Verzehr des Ersparnen“ genannt.³⁹ Das hat allerdings nicht unerhebliche Auswirkungen auf stationäre Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste und auf die dort beschäftigten Pflegekräfte.

Nach einer Studie der Caritas, bei der 282 ihrer stationären Pflegeeinrichtungen befragt wurden, hat sich die durchschnittliche Verweildauer von Pflegeempfangenden in diesen Einrichtungen zwischen 2019 und 2023 von 28 auf 25 Monate verringert.⁴⁰ Dieses Ergebnis wird durch den BARMER-Pflegereport 2023 bestätigt. Befanden sich 2017 42 Prozent der Pflegeheimzugänge auch noch zwei Jahre später in stationärer Dauerpflege, belief sich dieser Anteil bei den Zugängen des Jahres 2021 auf nur noch 30,7 Prozent.⁴¹ Diese Entwicklung ist, wie die Caritas-Studie zeigt, nicht auf eine erhöhte Sterblichkeit in Pflegeheimen während der Corona-Pandemie zurückzuführen. Grund ist vielmehr, dass zu pflegende Personen immer später und mit einem entsprechend höheren Pflegebedarf und schlechterem Gesundheitszustand in Pflegeheime ziehen und daher im Durchschnitt früher versterben. Zum gleichen Ergebnis kommt auch eine qualitative Studie, in deren Rahmen Pflegekräfte befragt worden sind. Nach Gründen für schlechte Arbeitsbedingungen befragt, wird neben dem Personalmangel und der hohen Arbeitsintensität der zunehmend schlechte Zustand der Pflegeheimbewohner:innen genannt: *„Bezüglich des Zustands der Bewohner:innen berichten die Befragten, dass diese heute in höherem Maße pflegebedürftig als früher seien. Der Anteil der Schwerstpflegefälle (Bewohner:innen mit einem Pflegegrad drei, vier oder fünf) hätte deutlich zugenommen und der Anteil derer, die rüstig seien und wenig oder gar keiner Pflege bedürften, hätte deutlich abgenommen.“*⁴²

Für Pflegeheime und die dort Beschäftigten hat diese Entwicklung zwei Folgen. Aus Wirtschaftlichkeitsgründen sind Pflegeheime darauf angewiesen, einen hohen Prozentsatz vorgehaltener Pflegeplätze bzw. Betten auch zu belegen.⁴³ Eine immer kürzere Verweildauer der Pflegeempfangenden in stati-

39 Vgl. Caritas Deutschland (2024).

40 Ebenda.

41 Vgl. Rothgang/Müller (2023, S.81).

42 Vgl. Scorna (2021, S.219).

43 Eine geringe Belegquote führt z. B. dazu, dass die Investitionskostenumlage auf die Pflegeheimbewohner höher ausfallen muss, was zu höheren Eigenanteilen und damit zu einem Wettbewerbsnachteil führt. Zudem werden bei Verhandlungen der Pflegeheime mit Kostenträgern eine bestimmte Auslastungsquote und damit verbundene variable und fixe Kosten angenom-

onären Einrichtungen bedeutet für viele Pflegeheime, dass ein wirtschaftlicher Betrieb schwieriger wird. 2021 lag die Auslastungsquote in der stationären Langzeitpflege noch bei 88,7 Prozent und damit unwesentlich unter dem Wert von 2019 (90,6 Prozent).⁴⁴ Bei einer Fortsetzung des in den letzten Jahren zu beobachtenden Trends kann sich das jedoch schnell ändern. Für Pflegekräfte bedeutet die Belegung der Pflegebetten mit zunehmend Schwerstpflegebedürftigen einen erhöhten Arbeitsaufwand bei gleichzeitig bereits jetzt ausgesprochen schwierigen Arbeitsbedingungen (vgl. hierzu Kapitel 4).⁴⁵ Die Kombination beider Entwicklungen setzt eine Negativdynamik in Gang. Noch schlechtere Arbeitsbedingungen verschärfen den ohnehin bereits extremen Personalmangel der Pflegeeinrichtungen, weil sie den Pflegeberuf noch unattraktiver machen, Berufsaustritte oder den Wechsel von Voll- auf Teilzeitbeschäftigung begünstigen und den Krankenstand erhöhen (vgl. hierzu die Kapitel 4.1. und 4.2.). Eine weitere Verschärfung des Personalmangels führt aufgrund der durch Rahmenverträge vorgegebenen Personalmindestausstattung⁴⁶ sowie aus arbeitsorganisatorischen Gründen dazu, dass weniger Betten belegt werden können, wodurch sich wiederum die wirtschaftliche Situation der Pflegeheime verschärft.⁴⁷ Nach einer im März/April 2023 durchgeführten Umfrage des Deutschen Evangelischen Verbandes für Altenarbeit und Pflege (DEVAP), an der 419 stationäre Einrichtungen der Langzeitpflege teilgenommen haben, konnten 56,5 Prozent der befragten Einrichtungen in den zurückliegenden sechs Monaten freie Betten

men. Wenn die Auslastungsquote erfüllt wird, führen Zahlungen der Kostenträger und Pflegeheimbewohner zu Kostendeckung. Wird die Auslastungsquote unterschritten, fallen auch die variablen Kosten niedriger aus, die fixen Kosten hingegen nicht, sodass keine Kostendeckung erreicht wird.

44 Vgl. Statista (2025).

45 Vgl. z. B. Christiansen (2020, S.125): „Erst wenn die Versorgung in der häuslichen Umgebung nicht mehr sichergestellt werden kann, steht der Umzug in eine stationäre Einrichtung an. Das führt dazu, dass es sich in den Einrichtungen größtenteils um multimorbide, kognitiv eingeschränkte oder sterbende Pflegebedürftige handelt.“

46 Regelt durch § 75 Abs. 1 SGB XI: „Die Landesverbände der Pflegekassen schließen unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes sowie des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. im Land mit den Vereinigungen der Träger der ambulanten oder stationären Pflegeeinrichtungen im Land gemeinsam und einheitlich Rahmenverträge mit dem Ziel, eine wirksame und wirtschaftliche pflegerische Versorgung der Versicherten sicherzustellen.“ Nach § 75 Abs. 3 sind als Teil der Verträge Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs oder (bundes-) landweite Personalrichtwerte zu vereinbaren.

47 Das seit Juli 2023 geltende neue Personalbemessungsverfahren für die stationäre Langzeitpflege bundeseinheitliche Personalanhaltswerte vor (§ 113c Absatz 1 SGB XI). Diese erlauben es stationären Pflegeheimen, eine höhere Personalausstattung zu vereinbaren, um Pflegekräfte zu entlasten. Aufgrund des Mangels an Pflegepersonal ist es allerdings für die meisten Pflegeheime illusorisch, solche zusätzlichen Pflegekräfte überhaupt zu finden.

aufgrund fehlender Personalressourcen nicht belegen.⁴⁸ Das „Trendbarometer Sozial- und Gesundheitswirtschaft“ der Bank für Sozialwirtschaft kommt für das Frühjahr 2023 zu noch negativeren Ergebnissen. Hiernach mussten 56 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen ihre Aufnahmekapazität aufgrund des Personalmangels um bis zu 10 Prozent, weitere 12 Prozent um bis zu 20 Prozent und weitere 4 Prozent um bis zu 30 Prozent verringern, was bei 71 Prozent der betroffenen Einrichtungen zu Ertragssenkungen von bis zu 10 Prozent, in den übrigen Einrichtungen von 11 bis über 40 Prozent geführt hat.⁴⁹ Im Ergebnis verzeichneten daher 64 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen einen Rückgang der Liquidität.⁵⁰

Die eigentlich zu begrüßende Entwicklung, dass ein immer größer werdender Anteil der Pflegeempfangenden von ambulanten Pflegediensten in der eigenen Wohnung gepflegt wird, hat zusätzlich Auswirkungen auf die Fähigkeit ambulanter Pflegedienste, die fortlaufend steigende Nachfrage überhaupt bedienen zu können. Aufgrund der starken Zunahme der Zahl ambulanter Pflegedienste könnte bei oberflächlicher Betrachtung davon ausgegangen werden, dass das Angebot der zusätzlichen Nachfrage gewachsen ist. Die deutliche Zunahme ambulanter Pflegedienste hat aber dazu geführt, dass der Personalmangel auch für diese Leistungserbringer zu einem erheblichen Problem geworden ist. 59 Prozent der ambulanten Pflegedienste haben nach Angaben der Bank für Sozialwirtschaft 2023 angegeben, ihre Aufnahmekapazität aufgrund des Personalmangels bereits reduziert zu haben.⁵¹ Im Ergebnis kommt es aus diesen und anderen Gründen⁵² auch bei ambulanten Pflegediensten zunehmend zu Ertragseinbußen größeren Ausmaßes. Von einer Verringerung der Liquidität sind nach Angaben der Bank für Sozialwirtschaft 55 Prozent der ambulanten Pflegedienste betroffen.⁵³

48 Vgl. DEVAP (2023, S.5).

49 Vgl. Bank für Sozialwirtschaft (2023, S.12f.).

50 Vgl. Bank für Sozialwirtschaft (2023, S.18) und Lenzen/Becka/Evans (2023, S.2): *„Fehlt so viel Personal, dass etwa Personaluntergrenzen oder Fachkraftquoten nicht eingehalten werden können, sehen Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen sich inzwischen gezwungen Betten zu sperren oder Neuaufnahmen zurückzustellen. Dies befördert, in Verbindung u. a. mit steigenden Personalkosten, Immobilien- und Energiepreisen aufgrund ausbleibender Erlöse, wirtschaftliche Schief lagen bei Einrichtungen und Trägern mit der Folge von Insolvenzen, Einrichtungsübernahmen mit Trägerwechseln oder sogar Einrichtungsschließungen (...)“*

51 Bank für Sozialwirtschaft (2023, S.12).

52 Z. B. werden abschbare Personal- und Energiekostensteigerungen weder insgesamt ausreichend noch prospektiv bei Kostenerstattungen berücksichtigt, zudem geraten Kranken- und Pflegekassen bei der Kostenerstattung immer wieder in Verzug, vgl. hierzu Bartmann (2023, S.13).

53 Kein einziger (befragter) Pflegedienst war nicht von Ertragseinbußen aufgrund von Personalmangel betroffen, vgl. Bank für Sozialwirtschaft (2023, S.13 und S.18).

Eine unter ambulanten Pflegediensten der Diakonie Deutschland durchgeführte Umfrage mit einer geschätzten Beteiligungsquote von 45 Prozent⁵⁴ liefert ebenfalls mehr als nur besorgniserregende Ergebnisse. 73 Prozent der ambulanten Pflegedienste bezeichnen ihre wirtschaftliche Situation als angespannt, hingegen nur 23 Prozent als zufriedenstellend oder gut.⁵⁵ Das Geschäftsjahr 2022 schlossen 54 Prozent der befragten Pflegedienste mit einem Verlust ab,⁵⁶ für das Jahr 2023 rechneten 62 Prozent mit einer (noch) negativen Entwicklung. Das wirkt sich auf den überhaupt noch vorhandenen finanziellen Handlungsspielraum aus. Die Liquiditätsreserven reichten bei 62 Prozent der befragten ambulanten Pflegedienste nur noch für maximal 5 Monate⁵⁷ und 53 Prozent sahen den Fortbestand ihrer Einrichtung gefährdet.⁵⁸ Die Begründungen für diese Schieflage wiederholen sich. Neben dem Personalmangel (80 Prozent) und seinen Folgen (Hohe Krankenstände: 55 Prozent) sowie Abrechnungsproblemen mit Kranken- und Pflegekassen werden ambulante Pflegedienste vor allem damit belastet, dass Investitionskosten, die unter anderem für Digitalisierung aufzuwenden sind, nicht durchgehend und nicht ausreichend von den Kostenträgern refinanziert werden – nur 25 Prozent der Bundesländer beteiligen sich überhaupt an den Investitionskosten ambulanter Pflegedienste, obwohl das eigentlich ihre Aufgabe ist.⁵⁹

Vor dem Hintergrund eines zuletzt stagnierenden Angebots an Pflegeplätzen in vollstationären Einrichtungen und der zunehmenden Überlastung ambulanter Pflegedienste aufgrund einer das Angebot übersteigenden Nachfrage bei gleichzeitiger Personalnot wächst bei vielen Pflegeanbietern die Befürchtung, mit der Notwendigkeit einer „Pflege-Triage“ konfrontiert zu werden.⁶⁰ Gemeint ist damit, dass Pflegeanbieter auswählen müssen, welche Pflegeempfangenden einen stationären Pflegeplatz erhalten bzw. welche zu pflegenden Personen ambulant versorgt werden können.⁶¹ Die Brisanz

54 Insgesamt beteiligten sich 526 ambulante Pflegedienste/Diakoniestationen an der Umfrage, von denen aber einige mehrere Pflegedienste/Diakoniestationen betreiben. Vgl. hierzu Bartmann (2023, S.5).

55 Ebenda, S.6.

56 Ebenda, S.7.

57 Ebenda.

58 Ebenda, S.8.

59 Ebenda, S.9.

60 Vgl. z. B. Schober (2023).

61 Pflegeanbieter haben gemäß § 72 Abs.1 SGB XI bei Abschluss eines Versorgungsvertrags mit einer Pflegekasse einen Versorgungsauftrag und sind somit grundsätzlich dazu verpflichtet, Pflegeleistungen zu erbringen, wenn eine Person mit Pflegebedarf auf solche Leistungen angewiesen ist und einen entsprechenden Auftrag erteilt. Das gilt allerdings nicht, wenn eine

einer solchen Situation liegt darin, dass es aus Sicht der Pflegeanbieter aufgrund des Personalmangels oft notwendig ist, gerade Anfragen von pflegeintensiven Schwerstpflegebedürftigen abzulehnen. Während keine verlässlichen Daten vorliegen, in welchem Ausmaß es bereits dazu kommt, dass zu pflegende Personen keinen Pflegedienst oder keine Pflegeeinrichtung finden, gibt es Hinweise darauf, dass die Suche nach einem geeigneten Pflegeanbieter häufig schwierig sein dürfte: Erstens ist das Problem für Pflegeanbieter bereits so akut, dass sich zunehmend Fachveranstaltungen und Kongresse damit beschäftigen.⁶² Zweitens ist bekannt, dass in den Jahren 2021/2022 78,3 Prozent der ambulanten Pflegedienste Anfragen von Pflegekunden komplett und weitere 18,9 Prozent zumindest teilweise ablehnen mussten.⁶³ Und drittens mussten schon im Jahr 2016 71 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen Wartelisten führen.⁶⁴ Dieser Anteil dürfte seither noch zugenommen haben.

Zu dieser bereits jetzt hochproblematischen Situation kommt hinzu, dass in den nächsten Jahren und Jahrzehnten eine weitere Verschärfung zu erwarten ist, denn es ist mit einer starken Zunahme der Zahl Pflegeempfangender und damit auch der Nachfrage nach professionellen Pflegeangeboten zu rechnen. Nach einer Vorausberechnung des Statistischen Bundesamtes wird sich die Zahl der zu pflegenden Personen, die einen stationären Pflegeplatz oder einen ambulanten Pflegedienst in Anspruch nehmen müssen, hauptsächlich aufgrund der demografischen Entwicklung ganz wesentlich erhöhen.⁶⁵ Ausgehend von 1,94 Millionen Personen, die 2024 auf Dienstleistungen von Pflegeanbietern angewiesen waren, berechnet das Statistische Bundesamt einen Anstieg um weitere 250.000 Personen bis 2035 und 650.000

solche Leistung aufgrund Personalmangels nicht nach Art, Inhalt und/oder Umfang nach den Maßgaben des Versorgungsvertrags erbracht werden kann. Für die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung der Pflegeversicherten sind nicht die Pflegeanbieter, sondern gemäß § 12 Abs. 2 SGB XI die Pflegekassen verantwortlich.

62 Vgl. O. V. (2024a).

63 „Teilweise“ bedeutet hier, dass zu pflegende Personen zwar einen Pflegeanbieter gefunden haben, dieser aber nicht in der Lage war, alle nachgefragten Teilleistungen zu erbringen. Zur aufgeführten Statistik vgl. Hahnel u. a. (2022, S.20).

64 Vgl. Rothgang/Müller (2023, S.93).

65 Das Statistische Bundesamt ging bei seinen Berechnungen von einer konstanten Pflegefallwahrscheinlichkeit bzw. konstanten Pflegequoten in Abhängigkeit vom jeweiligen Lebensalter und Geschlecht aus. Die Zunahme an auf stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste angewiesenen Personen ist somit auf eine veränderte Altersstruktur zurückzuführen, d. h. ein größerer Anteil der Bevölkerung wird sich in den nächsten Jahrzehnten in einem Alter mit höherer Pflegefallwahrscheinlichkeit befinden. Insbesondere wird der Anteil hochaltriger Menschen mit entsprechend hoher Pflegefallwahrscheinlichkeit und im Vergleich zu jüngeren Pflegeempfangenden höheren Pflegegraden zunehmen. Vgl. hierzu Destatis (2023b).

Personen bis 2045. Erst für das Jahr 2055 – also in 30 Jahren – wird damit gerechnet, dass die Nachfrage nach Pflegeangeboten ihren Höhepunkt erreicht, bis dahin werden ausgehend von 2025 knapp über 910.000 zusätzliche Personen die Dienstleistungen ambulanter Pflegedienste und stationärer Pflegeeinrichtungen in Anspruch nehmen müssen.⁶⁶

Ob diese Zusatznachfrage bedient werden kann, hängt vom Grad der Bewältigung der beiden großen, miteinander verwobenen Problembereiche der Langzeitpflege ab: Dem Personalmangel und der schlechten Arbeitsbedingungen. Bevor in Kapitel 6.6.4. ein Vorschlag skizziert wird, beide Probleme zumindest abzumildern, ist es notwendig, die Probleme genauer zu analysieren. Das geschieht in den beiden folgenden Kapiteln.

⁶⁶ Vgl. Destatis (2025). Bei der Pflegekräftevorausberechnung wurde die Zahl für 2024 allerdings nur geschätzt, da Daten erst bis 2023 vorlagen. Da 2023 1,9 Millionen Personen die Leistungen professioneller Pflegeanbieter genutzt haben und der jährliche Anstieg zurzeit bei ca. 40.000 Personen liegt, dürfte die prognostizierte Zahl für 2024 den Tatsachen vermutlich sehr nahe gekommen sein.

3. Der Personalmangel im Pflegebereich

Bereits aktuell herrscht nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit ein „*bundesweiter Fachkräftemangel bei examinierten Pflegefachleuten in nahezu allen Bereichen*“.^{67,68} Zur Einschätzung, ob ein Fachkräftemangel vorliegt, werden dabei sechs Indikatoren betrachtet:

- Die mittlere Vakanzzeit (= mittlere Zeit, bis eine ausgeschriebene Stelle neu besetzt werden kann),
- die berufsspezifische Arbeitssuchenden-Stellen-Relation (= Relation der arbeitslos gemeldeten Personen zur Zahl gemeldeter offener Stellen),
- die berufsspezifische Arbeitslosenquote,
- die Veränderung des berufsspezifischen Anteils sozialversicherungspflichtig beschäftigter Ausländerinnen und Ausländer an allen Beschäftigten,
- die Abgangsrate aus Arbeitslosigkeit,
- und die Entwicklung der mittleren Entgelte.

Jeder Indikator kann einen Wert zwischen 0 (kein Anzeichen eines Engpasses) und 3 (deutliche Anzeichen eines Engpasses) annehmen. Im Bereich der Pflegefachkräfte erreichen fünf der sechs Indikatoren den Höchstwert 3, allein bei der Zunahme der Beschäftigung ausländischer Pflegefachkräfte im Verhältnis zur gesamten Beschäftigungszunahme an Pflegefachkräften wird der Wert 2 erreicht. Mit einem Durchschnittswert von 2,8 liegen Pflegefachkräfte auf dem zweiten Platz der von Engpässen betroffenen Berufsgruppen – übertroffen werden sie allein von Berufen in der regenerativen Energie-

⁶⁷ Vgl. Bundesagentur für Arbeit (2024a, S.5).

⁶⁸ Diese Statistik schlüsselt leider nicht zwischen den verschiedenen Pflegeberufszweigen auf. Seit der mit dem Pflegeberufegesetz 2020 eingeführten generalisierten Ausbildung zur Pflegefachkraft, die zu einer Zusammenführung der zuvor getrennten Ausbildungsgänge zur Pflegefachkraft in den Bereichen Altenpflege, Gesundheits- und Krankenpflege und Gesundheits- und Kinderkrankenpflege geführt hat, ist eine solche Unterscheidung für künftig ins Berufsleben eintretende Altenpflegefachkräfte auch nicht mehr sinnvoll. Vielmehr wird es künftig eine verschärfte Konkurrenz zwischen den Gesundheitssektoren um Pflegefachkräfte kommen.

technik.⁶⁹ Die Sonderauswertung der Bundesagentur für Arbeit zur Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich lässt einige weitere Rückschlüsse zu. So scheint sich der Personalmangel auf den ersten Blick nicht auf Pflegehilfskräfte zu erstrecken, die immerhin 48 Prozent der Beschäftigten stationärer Pflegeeinrichtungen und 40 Prozent der Beschäftigten in der ambulanten Pflege stellen.⁷⁰ Während beispielsweise die Arbeitslosen-Stellen-Relation bei Pflegefachkräften 0,4 beträgt, beläuft sie sich bei Pflegehilfskräften auf 3,8.⁷¹ Allerdings: 77 Prozent der arbeitslosen Pflegehilfskräfte verfügen über keine einschlägige und 67 Prozent überhaupt keine Berufsausbildung.⁷² Insofern ist der Pool arbeitsloser Pflegehilfskräfte nur quantitativ, aber nicht qualitativ gut gefüllt. Dass sich eine zunehmend enge Arbeitsmarktsituation mittlerweile auch bei Pflegehilfskräften anbahnt, ist zusätzlich daran erkennbar, dass sich die Arbeitslosem-Stellen-Relation im Jahr 2013 noch auf 7,8 belief⁷³ und sich – trotz des zumeist über keine oder eine nicht einschlägige Ausbildung verfügenden Bestands an arbeitslosen Pflegehilfskräften – in 10 Jahren mehr als halbiert hat.⁷⁴

Zu dieser ohnehin schwierigen Situation tritt verschärfend hinzu, dass in den nächsten 10 Jahren 380.000 Pflegekräfte das gesetzliche Ruhestandseintrittsalter erreichen werden.⁷⁵ Dazu kommen jene Pflegekräfte, die vor dem gesetzlichen Ruhestandsalter aus dem Pflegeberuf aussteigen oder ihre Arbeitszeit reduzieren – häufig deshalb, weil sich die Arbeitsbedingungen ausgesprochen negativ auf die Gesundheit der Pflegenden auswirken (vgl. Kapitel 4). Diese werden nur zum Teil durch neue Pflegekräfte ersetzt. 2022 befanden sich (noch) 147.000 Personen im generalistischen Ausbildungsgang zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann, hinzu kommen neue Pflegehilfskräfte, deren Zahl sich aufgrund ihrer zumeist nicht vorhandenen fachspezifischen Ausbildung schwer abschätzen lässt.⁷⁶ Unter Berücksichti-

69 Vgl. Bundesagentur für Arbeit (2024b, S.11).

70 Vgl. Bundesagentur für Arbeit (2024a, S.9).

71 Ebenda, S.20. Eine Arbeitslosen-Stellen-Relation von 0,4 bedeutet, dass einer gemeldeten Arbeitsstelle 0,4 Arbeitslose gegenüberstehen, sodass Stellen selbst bei Ausschöpfung aller Arbeitslosen nicht vollständig besetzt werden könnten.

72 Ebenda, S.17.

73 Ebenda, S.20.

74 Der Fachkräftemangel und seine zunehmenden Ausdehnung auf Helfertätigkeiten ist kein genuin deutsches Problem, sondern international zu beobachten. Damit werden grundsätzlich unterstützenswerte Versuche, dem Fachkräftemangel – auch in der Pflege – mit einer zunehmenden Anwerbung von Fachkräften aus dem Ausland zu begegnen, deutlich erschwert. Vgl. hierzu bspw. Ernst/Feist (2024, S.14).

75 Vgl. Bundesagentur für Arbeit (2024, S.14).

76 Vgl. Destatis (2024e).

gung beider Entwicklungen berechnet das Statistische Bundesamt, dass das Angebot an Pflegekräften bei einer konstanten Erwerbstätigenquote in der Pflege bis 2034 um 80.000 Personen sinken wird.⁷⁷ Betroffen sind hiervon alle Bereiche des Gesundheitswesens, in denen Pflege stattfindet – also Krankenhäuser, Alten-, Pflege- und Behindertenheime sowie die ambulante Pflege und Betreuung. Das klingt nicht nach sehr viel, zur gleichen Zeit wird jedoch mit der Zahl der Pflegeempfangenden die Nachfrage nach Pflegeanbietern zunehmen, sodass die prognostizierte Bedarfslücke größer ist als der berechnete Rückgang des Angebots an Pflegekräften. Bereits bis 2034 wird eine Bedarfslücke an Pflegekräften von 90.000 (optimistische Variante) bis 350.000 (Status-Quo-Variante) erwartet.⁷⁸ Diese Bedarfslücke gilt für Pflegekräfte aller Fachrichtungen, wird sich jedoch vor allem in der Langzeitpflege bemerkbar machen, denn dort nimmt der Pflegekräftebedarf aufgrund der ausgeprägteren Zunahme an Leistungsempfangenden wesentlich stärker zu als im Krankenhausbereich.⁷⁹

Natürlich sind diese Berechnungsergebnisse nicht in Stein gemeißelt. Die digitale Transformation der Pflege hätte, je nach Ausgestaltung, auch Einfluss auf die Nachfrage und auf das Angebot an Pflegekräften, wie in Kapitel 6.6. diskutiert wird. Notwendig wären dazu Maßnahmen, mit deren Hilfe sich die Arbeitsbedingungen in der Pflege spürbar verbessern. Damit ließe sich zum einen die Zahl der Personen erhöhen, die in den Pflegeberuf einsteigen wollen. Zum anderen ließe sich neben dem Krankenstand die Zahl der Personen verringern, die den Pflegeberuf vor dem Ruhestandsalter verlassen oder ihn nur in Teilzeit ausüben wollen. Die Zahl der Berufseinsteiger lässt sich natürlich auch über erhöhte Ausbildungsvergütungen, verbesserte Weiterbildungsmöglichkeiten – v.a. für Pflegehilfskräfte – und Umschulung von Personen, die keine Pflegeausbildung vorweisen können, erhöhen. Will

77 Vgl. Destatis (2025). Das Statistische Bundesamt bei zusätzlich eine Trendvariante berechnet, bei der eine Zunahme der in der Basisberechnung als konstant angenommene Erwerbsquote der Pflegeberufe angenommen wurde. Es gibt jedoch gute Gründe für die Annahme, dass die Erwerbsquote der Pflegeberufe künftig sinkt oder zumindest nicht ansteigt, denn die Zahl der Absolventinnen und Absolventen allgemeinbildender Schulen mit mindestens mittleren Bildungsabschlüssen geht zurück. Vgl. hierzu Klie (2024b, S.15f.): „Für die künftige Ausbildungssituation ist die Zahl der Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen von größter Bedeutung. Hier ist eine deutliche Reduktion von knapp 100.000 zu beobachten. (...). Für die Fachschulausbildung konzipierte generalistische Pflegeausbildung sind besonders die Absolventinnen und Absolventen aus allgemeinbildenden Schulen mit mindestens mittlerem Bildungsabschluss von Relevanz. Hier ist ein Rückgang um 11 Prozent zu verzeichnen. Damit wird das typische Reservoir von Schulabsolventinnen und -absolventen für die Pflegeausbildung geringer.“

78 Vgl. Destatis (2025).

79 Vgl. Destatis (2024f).

man jedoch sowohl die Zahl der Personen erhöhen, die in den Pflegeberuf einsteigen wollen, als auch die Zahl der Personen verringern, die frühzeitig aus dem Pflegeberuf aussteigen oder nur bereit sind, ihn in Teilzeit auszuüben, dann ist neben finanziellen Anreizen eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege unabdinglich.

4. Die Arbeitsbedingungen im Pflegebereich

Auf einer hohen Abstraktionsebene sind für den Grad der Arbeitsbelastung von Pflegekräften (a) äußere Einflüsse auf die Arbeitsbedingungen und (b) individuelle Voraussetzungen der Pflegekräfte verantwortlich.⁸⁰ Zu den äußeren Einflüssen auf die Arbeitsbedingungen zählen der Arbeitsinhalt, die Arbeitsorganisation, das interne Arbeitsumfeld (z.B. Führungsstil, Partizipationsmöglichkeiten, Entlohnung) und das externe Arbeitsumfeld (z.B. gesellschaftliche Rahmenbedingungen und Anerkennung). Individuelle Voraussetzungen von Pflegekräften beinhalten beispielsweise die intrinsische Arbeitsmotivation, Berufserfahrung, gesundheitliche Verfassung und Qualifikation. Im Zusammenspiel von förderlichen (z.B. intrinsische Motivation, Arbeitszufriedenheit) und beeinträchtigenden Einflüssen (z.B. Stress, Erschöpfung) ergeben sich positive oder negative Beanspruchungsfolgen.

Verlässt man die theoretische Ebene und fragt Pflegekräfte der Langzeitpflege nach der Bedeutung wichtiger äußerer Arbeitsbedingungen, dann liegen nach einer Studie von Lenzen/Becka/Evans (2023) das interne Arbeitsumfeld (Umgang unter Kollegen und Kolleginnen, wertschätzende und respektvolle Vorgesetzte, Vorgesetzte, die sensibel für die Arbeitsbelastung sind), arbeitsorganisatorische Sachverhalte (Garantie, nie unterbesetzt arbeiten zu müssen, eine bedarfsgerechte Personalbemessung, kein Einspringen in der Freizeit, verbindliche Dienstpläne) und Arbeitsinhalte (mehr Zeit für menschliche Zuwendung bei der Pflegeverrichtung, vereinfachte Dokumentation) auf den ersten Plätzen. Ein etwas geringerer (allerdings immer noch starker) Einfluss geht von Weiterbildungsmöglichkeiten und der Höhe des Gehalts aus (hier: höhere Zulagen für besondere Tätigkeiten und Spezialisierung).⁸¹

80 Vgl. Petersen/Melzer (2022, S.3). Die genannten Einflussfaktoren auf Arbeitsbelastung und Arbeitszufriedenheit ambulant Pflegenden lassen sich auch auf die stationäre Pflege übertragen.

81 Vgl. Lenzen/Becka/Evans (2023, S.17).

Eine qualitative Studie des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung nennt (ohne Ranking) ähnliche Einflussfaktoren auf die Arbeitsbedingungen, d.h. Arbeitsinhalte (Zeit für gute Pflege, Dokumentationsanforderungen), Arbeitsorganisation (Lage und Flexibilität der Arbeitszeit, Planbarkeit der Arbeitszeit, auskömmliche Personalausstattung) und internes Arbeitsumfeld (Beziehung zu Vorgesetzten und Mitarbeitenden, funktionierende Teamstrukturen, Anerkennung und Wertschätzung). Ein zusätzlicher, übergreifender Effekt geht von Mitbestimmungs- und Partizipationsmöglichkeiten aus, denn die Möglichkeit zur Mitbestimmung führt zu einem Einfluss der Pflegekräfte auf Arbeitsinhalte, Arbeitsorganisation und internes Arbeitsumfeld. Einen etwas geringeren Einfluss auf die Arbeitsbedingungen haben auch nach dieser Studie Möglichkeiten der Fort- und Weiterbildung sowie die Entlohnung.⁸²

Zu einer etwas anderen Einschätzung kommt eine Studie, die vom Bundesministerium für Gesundheit herausgegeben worden ist und die mit einem anderen Set von Items arbeitet. Nach den Ergebnissen dieser Studie liegt sowohl bei Pflegenden ambulanter Pflegedienste als auch bei Pflegenden in voll- oder teilstationären Einrichtungen die Vergütung an erster Stelle der Prioritätenliste der Arbeitsbedingungen, hierbei vor allem erhöhte Zuschläge für Nacht-, Wochenend- und Feiertagsdienste sowie Zuschläge für das kurzfristige Einspringen für abwesende Kolleg:innen – mithin Zuschläge, die ihren Ursprung in der Art der Arbeitsorganisation bzw. den Folgen derselben haben. Knapp danach folgen Themenfelder, die Arbeitsinhalte (Pflegequalität) und (mittelbar) die Arbeitsorganisation betreffen (Vereinbarkeit von familiären Verpflichtungen und Beruf). Eine etwas geringere Rolle spielen Professionalisierung und Berufsverwirklichung sowie Aus-, Fort-, und Weiterbildung.⁸³ Interessanterweise finden sich in dieser Studie keine Items, die direkt die Arbeitsorganisation (z.B. verlässliche Dienstplanung) thematisieren. Das ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass die Studie vor allem Themenfelder in den Blick nimmt, auf die Politik einen mehr oder weniger direkten Einfluss hat. Die mit Personalengpässen verbundenen Probleme lassen sich hingegen nur unzureichend und vor allem nicht kurzfristig politisch beeinflussen.

Betrachtet man die tatsächlichen Arbeitsbedingungen von Pflegekräften, dann lassen sich in beinahe allen Bereichen der nach Auffassung von Pfl-

82 Vgl. Senghaas/Struck (2023, S.17ff.).

83 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2023, S.9f.).

gekräften wichtigen äußeren Arbeitsbedingungen ganz erhebliche Defizite beobachten.

4.1. Arbeitsinhalte

Die konkreten Arbeitsinhalte haben vor allem Einfluss auf die körperlichen und psychischen Beanspruchungen der Pflegearbeit. Beide Beanspruchungsfaktoren stehen, je nach Ausprägung, in Zusammenhang mit der Teilzeitquote und dem Krankenstand von Pflegekräften sowie mit gesundheitsbedingt frühen Ausstiegen aus dem Pflegeberuf. Auch die Attraktivität des Pflegeberufs ist teilweise abhängig davon, wie körperlich und psychisch beanspruchend die Ausübung dieses Berufs ist.

Nach einer auf dem DGB-Index Gute Arbeit beruhenden Studie aus dem Jahr 2019 berichten 78 Prozent der im Altenpflegebereich beschäftigten Pflegekräfte, dass sie sehr häufig oder oft schwere körperliche Arbeit verrichten müssen. Nur 6 Prozent geben an, dies sei nie der Fall. Die Vergleichswerte für alle Beschäftigten in Deutschland liegen bei 30 Prozent (sehr häufig oder oft schwere körperliche Arbeit) bzw. 42 Prozent (nie schwere körperliche Arbeit).⁸⁴

Nach einer gemeinsamen Studie des Bundesinstituts für Berufsbildung und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin arbeiten 91 Prozent der Altenpflegekräfte häufig im Stehen (andere Erwerbstätige: 53 Prozent), 72 Prozent müssen häufig schwere Lasten heben oder tragen (andere Erwerbstätige: 21 Prozent) und 42 Prozent arbeiten häufig in einer Körperzwangshaltung (andere Erwerbstätige: 16 Prozent).⁸⁵

Eine aktuellere Studie der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin aus dem Jahr 2021 kommt zu nur geringfügig abweichenden Ergebnissen. Hiernach arbeiten 89 Prozent der bei ambulanten Pflegediensten und 88 Prozent der in stationären Einrichtungen beschäftigten Pflegekräfte häufig im Stehen, 61 Prozent (ambulant) bzw. 72 Prozent (stationär) der

84 Vgl. Schmucker (2019, S.55).

85 Vgl. Bundesinstitut für Berufsbildung/Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2014, S.1). Von einer Körperzwangshaltung spricht man, wenn bei der Arbeit länger andauernd eine Körperhaltung eingenommen wird, die im äußersten Grenzbereich der menschlichen Bewegungsmöglichkeiten liegt.

Pflegekräfte heben oder tragen häufig schwere Lasten und 45 Prozent (ambulant) bzw. 46 Prozent (stationär) der Pflegekräfte arbeiten häufig in einer Körperzwangshaltung.⁸⁶ Das hat Folgen. So beurteilen 73 Prozent aller Beschäftigten, die nie schwer körperlich arbeiten, und 74 Prozent aller Beschäftigten, die nie in ungünstiger Körperhaltung arbeiten müssen, ihren Gesundheitszustand als gut. Die Vergleichswerte für Beschäftigte, die schwer körperlich oder in ungünstiger Körperhaltung arbeiten müssen, liegen mit 49 Prozent bzw. 58 Prozent weit darunter.⁸⁷

Entsprechend klagen Pflegekräfte weit häufiger als andere Beschäftigte über chronische körperliche Schmerzen. 64 Prozent der Altenpflegefachkräfte und 67 Prozent der Altenpflegehilfskräfte leiden unter häufigen Schmerzen im Rücken und Nacken, bei allen anderen Beschäftigten sind es 44 Prozent. Unter Schmerzen in den Knien leiden 31 Prozent der Pflegefachkräfte und 30 Prozent der Pflegehilfskräfte, aber nur 16 Prozent aller anderen Beschäftigten.⁸⁸ Diese Auflistung könnte noch lange fortgesetzt werden. Folge ist, dass nur 22 Prozent der Pflegehilfskräfte und 27 Prozent der Pflegefachkräfte ihren Gesundheitszustand als sehr gut bezeichnen, bei allen anderen Beschäftigten tun das 36 Prozent.⁸⁹ Fragt man Pflegekräfte direkt danach, als wie belastend sie ihre Arbeit wahrnehmen, antworten 82 Prozent der in der ambulanten und 87 Prozent der in der stationären Pflege Beschäftigten mit „sehr stark“ oder „stark“.⁹⁰ Dass die Ausübung einer Pflege Tätigkeit mit hohen körperlichen Belastungen einhergeht, ist aber nicht nur empirisch nachweisbar, sondern wird auch von der Bevölkerung so wahrgenommen. Auf die Frage, was sie am meisten mit dem Pflegeberuf verbinden, antworten 79 Prozent jener Befragten, die eine Pflegekraft persönlich kennen, mit „Starke körperliche Belastung“.⁹¹

Zu den hohen körperlichen Belastungen treten psychische Belastungsfaktoren hinzu. 40 Prozent der Altenpflegefachkräfte und 35 Prozent der Altenpflegehilfskräfte beschreiben ihre Arbeit als gefühlsmäßig belastend, der entsprechende Wert bei allen anderen Beschäftigten beläuft sich auf 13 Prozent.⁹² Es ist überraschend bzw. es lässt auf eine gewisse Abhärtung langjäh-

86 Vgl. Petersen/Melzer (2022, S.7).

87 Ebenda.

88 Vgl. Rothgang/Müller/Preuß (2020, S.168).

89 Ebenda, S.165.

90 Vgl. Institut für Demoskopie Allensbach (2024, S.13).

91 Vgl. Klie (2024b, S.8).

92 Vgl. Rothgang/Müller/Preuß (2020, S.151).

rig Pflegender schließen, dass diese Werte nicht noch höher ausfallen, denn der Arbeitsalltag von Pflegekräften ist zum Teil von Stressfaktoren geprägt, die wohl in kaum einem anderen Beruf zu beobachten sind. Nach einer Befragung von Schablon u. a. (2019) waren in den zum Befragungszeitpunkt letzten 12 Monaten 79,5 Prozent der befragten Pflegekräfte von Gewalterfahrungen betroffen. 94 Prozent der Pflegekräfte mit Gewalterfahrungen berichten von verbaler, 70 Prozent von körperlicher Gewalt. Am stärksten von täglicher verbaler und körperlicher Gewalt waren Beschäftigte der stationären Altenpflege betroffen, während im ambulanten Bereich tätige Pflegekräfte etwas seltener von körperlicher, dafür beinahe ebenso häufig von verbaler Gewalt berichten wie ihre Kolleg:innen im stationären Bereich.⁹³ Hinzu kommen Stressfaktoren, die auch in anderen Berufen vorkommen können, allerdings zumeist nicht mit gleicher Intensität: ständiger Leistungs- und Termindruck, ständige Störungen des Arbeitsablaufs und damit einhergehend die Notwendigkeit, viele Dinge gleichzeitig mit viel zu wenig Zeit nicht nur irgendwie tun zu müssen, sondern professionell, sorgfältig, verantwortungsvoll und den hohen eigenen Ansprüchen genügend. Die Auswirkungen auf Pflegekräfte sind enorm. 62 Prozent der Pflegekräfte klagen über mindestens drei psychosomatische Beschwerden (alle anderen Berufe: 40 Prozent), 47 Prozent über nächtliche Schlafstörungen (alle anderen Berufe: 30 Prozent) und 43 Prozent über emotionale Erschöpfung (alle anderen Berufe: 27 Prozent).⁹⁴

Die gesundheitlichen Auswirkungen der Ausübung eines Pflegeberufs sind bereits vielfach untersucht und dokumentiert worden. Nach aktuellen Routedaten der Krankenkasse DAK entfallen auf Beschäftigte in der Altenpflege 55 Arbeitsunfähigkeitstage je Versichertenjahr, das sind über 20 Tage mehr als bei Beschäftigten anderer Berufe.⁹⁵ Wesentlich verbreiteter als bei anderen Berufen sind insbesondere Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und psychische Verhaltensstörungen.⁹⁶ Die AU-Tage pro Jahr aufgrund von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems belaufen sich bei Altenpfleger:innen auf 946 je 100 Beschäftigten, das ist mehr als doppelt so hoch wie bei allen anderen Beschäftigten (463 AU-Tage). Ähnlich sieht es bei den AU-Tagen aufgrund psychischer Störungen aus. Hier liegen die jährlichen AU-Tage bei 763 pro 100 beschäftigten Altenpfleger:innen und damit ebenfalls

93 Vgl. Schablon u. a. (2019, S.92).

94 Vgl. Melzer (2020, S.140-142).

95 Vgl. Lewin u. a. (2024, S.71).

96 Ebenda, S.73.

mehr als doppelt so hoch wie bei allen anderen Beschäftigten (341 AU-Tage).⁹⁷

Nur 20 Prozent der Altenpfleger:innen erwarten unter diesen Bedingungen, den Arbeitsanforderungen bis zum regulären Renteneintrittsalter gewachsen zu sein, der Vergleichswert für alle anderen Beschäftigten liegt bei 48 Prozent.⁹⁸ Tatsächlich erreicht zwar ein größerer Anteil der Altenpflegenden das reguläre Renteneintrittsalter, was möglicherweise an der hohen Identifikation mit dem Pflegeberuf liegt.⁹⁹ Allerdings liegt dennoch die Eintrittswahrscheinlichkeit in die Erwerbsminderungsrente bei Altenpflegefachkräften 27 Prozent höher und bei Altenpflegehilfskräften doppelt so hoch wie im Durchschnitt aller sonstigen Berufsgruppen.¹⁰⁰

Statt ihren Beruf ganz aufzugeben, entscheiden sich viele Pflegekräfte bewusst für eine Art „Teilverrentung“, indem sie ihren Beruf dauerhaft mit verringertem Stundenanteil ausüben. Nach den Gründen für die Wahl einer Teilzeitbeschäftigung gefragt, geben 89,2 Prozent der Altenpfleger:innen eine ansonsten zu geringe Regenerationszeit, 85,2 Prozent die zu hohe Arbeitsbelastung einer Vollzeitstelle und 79,8 Prozent Sorgen um die Gesundheitsbelastung der Ausübung einer Vollzeitstelle an – das sind die drei am häufigsten genannten Gründe.¹⁰¹ Nur 27 Prozent der vollzeitbeschäftigten Pflegefachkräfte in Altenheimen haben noch nie darüber nachgedacht, ihre Arbeitszeit zu reduzieren, bei Beschäftigten ambulanter Pflegedienste liegt der Anteil mit 33 Prozent zwar etwas höher, ist aber immer noch ausgesprochen gering.¹⁰² Umgekehrt denken nach den Ergebnissen einer Studie der Arbeitnehmerkammer Bremen 66,3 Prozent der teilzeitbeschäftigten Pflegefachkräfte „selten“ – d.h. weniger als einmal im Monat – über eine Erhö-

97 Vgl. Rennert/Kliner/Richter (2022, S.151). Die AU-Tage liegen aus zwei Gründen höher als in vergleichbaren Studien. Zum einen beziehen sie sich auf 2021 und damit auf das in Deutschland am stärksten von der Corona-Pandemie betroffene Jahr. Die beiden genannten Diagnosetypen weisen allerdings nur einen mittelbaren Zusammenhang mit der Pandemie auf. Zum anderen beziehen sich die Zahlen auf Beschäftigte und nicht auf Vollzeitäquivalente und werden z.B. bei einer Stelle mit 50 Prozent Umfang nicht nur zur Hälfte berücksichtigt. Der Unterschied ist jedoch rein quantitativ, nicht qualitativ, wie andere der hier aufgeführte Studien durchgehend bestätigen.

98 Institut DGB-Index Gute Arbeit/Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (2018, S.22).

99 Eine hohe Identifikation mit der beruflichen Tätigkeit gehört zu den stärksten Einflussfaktoren auf eine Verlängerung der Berufstätigkeit. Vgl. hierzu Techniker Krankenkasse (2024, S.27).

100 Vgl. Rothgang/Müller/Preuß (2020, S.210).

101 Vgl. Isfort/Gessenich/Tucman (2022, S.91).

102 Vgl. Institut für Demoskopie Allensbach (2024, S.51).

hung ihrer Arbeitsstunden nach.¹⁰³ Vor diesem Hintergrund ist es nicht überraschend, dass die Teilzeitquote in der Altenpflege mit 65 Prozent weit über dem Durchschnitt aller Berufe liegt (31 Prozent). Die hohe Teilzeitquote ist nur zum Teil darauf zurückzuführen, dass der Frauenanteil mit 85 Prozent in der Pflege sehr hoch ist.¹⁰⁴ Auch männliche Pflegekräfte weisen mit 44 Prozent eine weit überdurchschnittliche Teilzeitquote auf. Im Durchschnitt aller Berufe liegt die Teilzeitquote männlicher Beschäftigter bei 13 Prozent.¹⁰⁵ Betrachtet man nur die Altenpflegefachkräfte, dann lässt sich feststellen, dass die Teilzeitquote mit 43,2 Prozent um ein Vielfaches höher als in beinahe allen anderen von Fachkräftemangel betroffenen Berufsfeldern ist. Einzige Ausnahme: Andere körperlich und psychisch belastende Gesundheitsberufe auf Fachkraftniveau (Teilzeitquote: 39 Prozent).¹⁰⁶

91,3 Prozent der Beschäftigten in der Langzeitpflege wünschen sich hinsichtlich der konkreten Ausgestaltung ihrer Arbeitsinhalte, dass ihnen genügend Zeit für gute Pflege bzw. menschliche Zuwendung bei der Pflegeverrichtung zur Verfügung steht.¹⁰⁷ Die Wirklichkeit sieht anders aus. Nach Ergebnissen des Pflege-Reports 2019 geben 69 Prozent der Altenpfleger:innen an, immer oder oft unter Zeitdruck zu arbeiten.¹⁰⁸ 42 Prozent der Pflegekräfte machen aus diesem Grund immer oder oft Abstriche bei der Qualität ihrer Arbeit, nur 18 Prozent der Pflegekräfte geben an, das nie zu tun. Zum Vergleich: Befragt man alle Beschäftigten, dann geben 22 Prozent an, immer oder oft Abstriche bei der Qualität der Arbeit zu machen und 36 Prozent tun das nie.¹⁰⁹ Das hohe Ausmaß an Qualitätsabstrichen bei Erbringung der Pflegeleistung ist für sich allein schon ein besorgniserregender Befund. Bei Pflegekräften kommt hinzu, dass sie einen besonders hohen Wert

103 Vgl. Auffenberg u. a. (2022, S.36).

104 Eine weitere Ursache für die hohe Teilzeitquote sind die unorthodoxen Arbeitszeiten, die in Pflegeberufen hingenommen werden müssen und eine Vereinbarkeit von Beruf und Familie erschweren bis verunmöglichen – siehe hierzu Kapitel 4.2.

105 Vgl. Destatis (2021a).

106 Vgl. Destatis (2024g).

107 Vgl. Lenzen/Becka/Evans (2023, S.17).

108 Nach einer aktuelleren Allensbach-Umfrage geben 74 Prozent der befragten Pflegefachkräfte Zeitdruck als besondere Belastung bei der Arbeit an. Vgl. hierzu Institut für Demoskopie Allensbach (2024, S.15).

109 Vgl. Schmucker (2019, S.54) und Institut für Demoskopie Allensbach (2024, S.21). 85 Prozent der Pflegekräfte geben in letzterer Befragung an, häufig oder ab und zu das Gefühl zu haben, ihren Patienten nicht ausreichend helfen zu können. Deutlich überdurchschnittlich betroffen sind dabei Beschäftigte in Altenheimen, während Beschäftigte ambulanter Pflegedienste etwas seltener unter diesem Gefühl leiden.

auf qualitativ hochwertige Arbeit legen.¹¹⁰ Es ist daher keine Überraschung, dass 48 Prozent der Altenpflegekräfte angeben, dass emotionale Selbstkontrolle immer oder oft zu den täglichen Arbeitsanforderungen gehört; bei allen anderen Beschäftigten liegt der Vergleichswert bei 30 Prozent.¹¹¹

Nach Angaben der Bundesagentur für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin müssen 60 Prozent der in ambulanten Pflegediensten Beschäftigten Mindestleistungsmengen oder Zeitvorgaben einhalten, ebenfalls 60 Prozent empfinden einen starken Termin- und Leistungsdruck, 47 Prozent müssen „sehr schnell arbeiten“, 63 Prozent müssen verschiedene Arbeitsvorgänge gleichzeitig im Auge behalten und 38 Prozent klagen über zusätzliche Störungen und Unterbrechungen. Bei Beschäftigten in stationären Langzeitpflegeeinrichtungen sieht es nicht besser aus. 49 Prozent der hier Beschäftigten müssen Mindestleistungsmengen oder Zeitvorgaben einhalten, 65 Prozent empfinden einen starken Termin- und Leistungsdruck, 50 Prozent müssen „sehr schnell arbeiten“, 69 Prozent müssen verschiedene Arbeitsvorgänge gleichzeitig im Auge behalten und 60 Prozent klagen über zusätzliche Störungen und Unterbrechungen. In beiden Bereichen geben jeweils 39 Prozent der Beschäftigten an, bei der Arbeit gefühlsmäßig belastende Situationen zu erleben.¹¹² Vor diesem Hintergrund ist es folgerichtig, dass die Bundesagentur für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin als ersten Ansatzpunkt für eine menschengerechte Gestaltung ambulanter Pflegearbeit eine Abmilderung der hohen Arbeitsintensität und des hohen Zeit- und Leistungsdrucks

110 Vgl. z. B. Senghaas/Struck (2023, S.5): *„Eine professionelle Bedarfsorientierung, d. h. eine am gesundheitlichen und individuellen Bedarf der zu pflegenden Person orientierte Fürsorge, ist Kern des beruflichen Selbstverständnisses von Pflegekräften. Diesem Qualitätsanspruch können Pflegekräfte aufgrund einer hohen Arbeitsverdichtung im Berufsalltag in der Regel kaum gerecht werden. (...) Der Wunsch, eine sinnstiftende Tätigkeit auszuüben, ist ein gängiges Motiv für die Wahl eines Pflegeberufes. Unter den gegenwärtigen Rahmenbedingungen erleben Pflegekräfte ihre Tätigkeit allerdings häufig nicht als sinnstiftend“* Vgl. zusätzlich die Ergebnisse der qualitativen Studie von Klie (2024b, S.21): *„Fast alle Interviewten identifizierten sich, in hohem Maße, mit ihrem Beruf. Das gilt sowohl für die Pflegefachkräfte als auch für die Pflegehilfs- und Assistenzkräfte, die interviewt wurden. Beziehungen zu den Patientinnen oder Pflegebedürftigen spielen eine zentrale Rolle. Die Empathie ist eine der interaktionsbezogenen Qualitäten des Pflegeberufes, Pflege sei ein „Herzensberuf“, so die mehrfach geäußerten Einschätzungen. Die Interviewten beschreiben, dass der Beruf von ihnen sinnstiftend erlebt wird. Gerade der Wertebezug wird als attraktiv am Pflegeberuf empfunden.“* Vgl. zudem Institut für Demoskopie Allensbach (2024, S.18). Nach den Ergebnissen dieser Befragung empfanden es im Jahr 2023 36 Prozent der Pflegekräfte als besonders belastend, dass sie den eigenen Ansprüchen an ihren Beruf nicht genügen können. 2019 lag dieser Wert noch bei 28 Prozent.

111 Vgl. Schmucker (2019, S.55).

112 Vgl. Petersen/Melzer (2022, S.7).

benennt.¹¹³ Für die stationäre Langzeitpflege dürfte diese Einschätzung in gleicher Weise gelten.

Ein weiterer Aspekt der Arbeitsinhalte ist die Menge an Zeit, die Pflegekräfte für Verwaltungstätigkeiten und Dokumentationen aufwenden müssen. 72 Prozent der in Altenheimen und 76,2 Prozent der von ambulanten Pflegediensten beschäftigten Pflegekräfte nennen einen hohen Verwaltungsaufwand bzw. „viel Bürokratie“ als Belastungsfaktoren bei der Arbeit.¹¹⁴ Eine vereinfachte Dokumentation ist zur gleichen Zeit für 92,3 Prozent der Pflegekräfte eine entscheidende Voraussetzung besserer Arbeitsbedingungen.¹¹⁵ Während eine möglichst umfassende und korrekte Pflegedokumentation eine der wichtigsten Voraussetzungen sowohl für eine qualitativ hochwertige Pflege als auch für die Entwicklung verbesserter Qualitätsstandards ist und einer Reduktion der Dokumentationspflichten daher enge Grenzen gesetzt sind, kann vor allem Digitalisierung in diesem Bereich Vereinfachungen und eine bessere interprofessionelle Zusammenarbeit ermöglichen, wenn Pflegefachkräfte tatsächlich ausbildungsadäquat eingesetzt werden. Nach dem 2017 verabschiedeten Pflegeberufegesetz bestehen ihre ausbildungsadäquaten Aufgaben darin, individuelle Pflegebedarfe festzustellen, den Pflegeprozess zu organisieren und zu steuern sowie die Qualität der Pflege zu analysieren, zu sichern und zu entwickeln.¹¹⁶ Aufgrund knappen Personals finden sie für die anspruchsvollen Aufgaben jedoch kaum Zeit, sondern werden vorwiegend im Pflegeverrichtungsbereich eingesetzt, was im Laufe der Zeit zu Dequalifizierung bzw. – ökonomisch ausgedrückt – zu einer Verschwendung von Humankapital führt.¹¹⁷ Der Personalmangel führt im Bereich der Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben somit zu einem doppelten Problem. Aufgrund des häufig geringen Personalbestands müssen sowohl Pflegefachkräfte als auch Pflegehilfskräfte ohne großen Unterschied im Bereich der Pflegeverrichtung eingesetzt werden. Weil den Dokumentations- und Verwaltungsverpflichtungen dennoch nachgekommen werden muss, werden mit diesen Aufgaben nicht spezifisch ausgebildete Pflegehilfskräfte zusätzlich belastet, während die für diese Aufgaben ausgebildeten Pflegefachkräfte nicht genügend Zeit finden, diesen Verpflichtungen im notwendigen Ausmaß nachzukommen bzw. neben der routinemäßigen Erledigung von Dokumentations- und Verwaltungsaufgaben auch noch „die

113 Ebenda, S.13.

114 Vgl. Institut für Demoskopie Allensbach (2024, Anhang: Tabelle 11c).

115 Vgl. z. B. Lenzen/Becka/Evans (2023, S.17).

116 Geregelt in § 4 Abs.2 PflBG.

117 Vgl. Stemmer (2021, S.178ff.).

Qualität der Pflege zu analysieren, zu sichern und zu entwickeln“, wie es das Pflegeberufegesetz eigentlich vorsieht.

4.2. Arbeitsorganisation

Die Organisation der Arbeit in Pflegediensten und -einrichtungen betrifft vor allem die zeitliche Lage und Taktung der Arbeit, die Häufigkeit von Rufbereitschaftsdiensten, die Erreichbarkeit während der Freizeit und den Einfluss von Pflegekräften auf die Gestaltung ihrer Arbeitszeit. Wie Arbeitszeit verteilt wird, wie häufig Rufbereitschaftsdienste erforderlich sind und wie stark eine Erreichbarkeit auch während der Freizeit vorausgesetzt wird, hat neben anderen Auswirkungen auch einen direkten Einfluss auf die Vereinbarkeit von Privatleben bzw. Familie und Beruf. Die Taktung der Arbeitszeit wirkt sich auf die Fähigkeit der Pflegekräfte aus, ihre Arbeitsleistung qualitativ hochwertig oder zumindest gemäß der Qualitätsstandards durchführen zu können. Über all dem schwebt die Personalausstattung von Pflegeeinrichtungen, die sich ganz wesentlich auf die Verteilung und Taktung der Arbeit, die Häufigkeit von Bereitschaftsdiensten und auf die Notwendigkeit einer Erreichbarkeit von Pflegekräften während ihrer Freizeit auswirkt.

Nach Angaben der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin arbeiten 92 Prozent der Pflegekräfte ambulanter Pflegedienste und 91 Prozent der in vollstationären Altenpflegeeinrichtungen beschäftigten Pflegenden mindestens einen Tag pro Monat am Wochenende.¹¹⁸ Angaben des Statistischen Bundesamtes legen die Schlussfolgerung nahe, dass es bei einem Wochenendarbeitstag im Monat zumeist nicht bleibt: 79 Prozent der Pflegekräfte, die 2019 in der Altenpflege beschäftigt waren, arbeiteten regelmäßig am Wochenende. Der Vergleichswert für alle in Deutschland Beschäftigten belief sich auf 36 Prozent.¹¹⁹ Während Wochenendarbeit auch für Pflegenden in Krankenhäusern und Rehaeinrichtungen üblich ist,¹²⁰ scheint in diesen Pflegebereichen zumindest eine bessere zeitliche Kompensation der Wochenendarbeit zu gelingen. Während 64 Prozent der in Krankenhäusern und 73 Prozent der in anderen Bereichen des Gesundheitssystems vollzeitbeschäftigten Pflegekräfte im Rhythmus einer 5-Tage-Woche arbeiten, gilt das

118 Vgl. Petersen/Melzer (2022, S.7).

119 Vgl. Destatis (2021b).

120 69 Prozent der in diesen Sektoren des Gesundheitssystems beschäftigten Pflegekräfte arbeiten sehr häufig oder oft an Wochenenden, vgl. Schmucker (2019, S.57).

im Bereich der Langzeitpflege nur für 42 Prozent der Pflegekräfte in voll- bzw. teilstationären Einrichtungen und 49 Prozent der Pflegenden ambulanter Pflegedienste. Bei Letzteren ist eine 6-Tage-Woche für 42 Prozent der Pflegenden der Normalfall, für Pflegekräfte stationärer Pflegeeinrichtungen gilt das für 24 Prozent. Die Vergleichswerte für Pflegenden in Krankenhäusern oder anderen Bereichen des Gesundheitswesens liegen jeweils bei 7 Prozent. Selbst für nach ihrer Ausbildung in den Pflegeberuf einmündende Pflegekräfte ist eine 5,5- bis 6-Tage-Arbeitswoche häufiger zu beobachten als eine 5-Tage-Woche. Für berufseinmündende Pflegekräfte im Krankenhausbereich gilt das Gegenteil.¹²¹ Auch Schicht- und Nachtdienste sind bei Beschäftigten in der Altenpflege weit verbreitet. 57 Prozent arbeiteten 2019 regelmäßig im Schichtdienst, 37 Prozent im Nachtdienst. Die Vergleichswerte für alle in Deutschland Erwerbstätigen lagen bei 14 bzw. 18 Prozent.¹²² Beim Nachtdienst kommt der emotionale und körperliche Stress hinzu, häufig allein oder mit wenig Unterstützung für viele Pflegeempfangende verantwortlich zu sein. 39 Prozent der Pflegekräfte geben an, bei ihrem letzten Nachtdienst allein zuständig gewesen zu sein, weitere 46 Prozent hatten lediglich die Unterstützung einer Pflegehilfskraft. Nur 46 Prozent der Pflegekräfte fühlen sich daher während Nachtdiensten sicher oder sehr sicher bei der Erfüllung ihrer Aufgaben.¹²³

20 Prozent der Altenpfleger:innen müssen im Falle von Personalausfällen in ständiger Rufbereitschaft stehen und für 15 Prozent dieser Pflegekräfte führt ein Bereitschaftsdienst zu einem tatsächlichen Einsatz. Die Vergleichswerte für alle Beschäftigtengruppen liegen bei 6 bzw. 5 Prozent.¹²⁴ Die extreme Flexibilität des (verlangten) Arbeitseinsatzes geht zwangsläufig mit geringen Ruhezeiten und einem Überschreiten der vertraglich vereinbarten Wochenarbeitszeit bzw. der Ansammlung von Überstunden einher. 34 Prozent der ambulant Pflegenden und 32 Prozent der in stationären Einrichtungen beschäftigten Pflegekräfte sammeln häufig 5 oder mehr Überstunden pro Woche an.¹²⁵ Die durchschnittlich auf Arbeitszeitkonten angesammelten Überstunden der in Altenheimen (92 Stunden) und bei ambulanten Pflegediensten (98 Stunden) beschäftigten Pflegekräfte sind entsprechend gut gefüllt.¹²⁶

121 Vgl. Isfort u. a. (2022, S.77 und S.94).

122 Vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2021, S.1).

123 Vgl. Deutscher Berufsverbund für Pflegeberufe (2023, S.1f.).

124 Vgl. Bundesagentur für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2021, S.2).

125 Vgl. Petersen/Melzer (2022, S.7).

126 Institut für Demoskopie Allensbach (2024, S.27).

Diese Belastungen könnten vermutlich wenigstens zum Teil kompensiert werden, wenn Pflegekräfte einen verlässlichen Einfluss auf die Lage bzw. Verteilung ihrer Arbeitszeit hätten. Das ist jedoch weit überwiegend nicht der Fall. 54 Prozent der Pflegekräfte berichten, dass sie sehr oft oder oft ungeplant für Kolleg:innen einspringen müssen, nur 9 Prozent geben an, dies selten oder nie tun zu müssen.¹²⁷ Folge ist, dass nur 8 Prozent der in der Altenpflege beschäftigten Pflegekräfte angeben, dass sie großen oder sehr großen Einfluss auf Arbeitsbeginn und -ende haben. Bei allen anderen Erwerbstätigen beläuft sich dieser Wert auf 46 Prozent. Nur 9 Prozent der Altenpfleger:innen haben die Gelegenheit, ab und zu ungeplant Stunden freizunehmen, bei allen anderen Erwerbstätigen trifft das auf 45 Prozent zu. Auf den Zeitpunkt von Pausen haben lediglich 35 Prozent der Altenpfleger:innen größeren Einfluss, bei allen anderen Erwerbstätigen sind es 58 Prozent.¹²⁸

Unter diesen Bedingungen ist eine Vereinbarkeit von Privatleben bzw. Familie und Beruf zumindest für vollzeitbeschäftigte Pflegekräfte kaum möglich. 66,2 Prozent der in Teilzeit beschäftigten Altenpflegekräfte nennen als Grund für die Ablehnung einer Vollzeitstelle, dass die Arbeitszeiten in diesem Fall nicht mit familiären Verpflichtungen vereinbar sind.¹²⁹ In einer Studie des Bundesministeriums für Gesundheit wurde etwas tiefergehender nach den Gründen für die Ablehnung einer Vollzeitstelle gefragt. Hier antworteten 48 Prozent der Befragten, dass sie eine Teilzeitbeschäftigung gewählt haben, um ihr Berufs- und Privatleben besser vereinbaren zu können. 35 Prozent nennen Kindererziehungsverpflichtungen und 12 Prozent die Pflege eines/einer An- oder Zugehörigen als Grund für die Wahl einer Teilzeitstelle.¹³⁰ Auch wenn bei dieser Umfrage Mehrfachantworten möglich waren, sodass die drei aufgeführten Werte nicht addiert werden können, dürften familiäre Verpflichtungen als Ablehnungsgrund einer Vollzeitstelle auch nach den Ergebnissen dieser Studie recht nah an den zuvor aufgeführten 66 Prozent liegen. Direkt danach gefragt, wie gut sich der Pflegeberuf mit dem Privatleben vereinbaren lässt, antworten 56 Prozent der (sowohl in Vollzeit als auch in Teilzeit beschäftigten) Pflegekräfte mit weniger gut oder gar nicht gut. 64 Prozent der Pflegekräfte, die im Schichtdienst tätig sind, geben an, dass eine Vereinbarkeit von Pflegeberuf und Privatleben weniger gut oder gar nicht gut möglich ist.¹³¹

127 Ebenda, S.29.

128 Vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2021, S.2).

129 Vgl. Isfort/Gessenich/Tucman (2022, S.91).

130 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2023a, S.7).

131 Institut für Demoskopie Allensbach (2024, S.30).

Hauptursache für die sehr ungünstige Verteilung und Taktung der Arbeitszeit ist die häufig zu geringe Personalausstattung.¹³² Sie wirkt sich vor allem auf die Lage und Unvorhersehbarkeit der Arbeitszeiten aus. Lediglich 6 Prozent der Altenpfleger:innen berichten, dass sie keinen Personalmangel erleben und eine hohe Arbeitsbelastung andere Ursachen habe. Hingegen geben 21,7 Prozent der Altenpfleger:innen an, es bestehe in ihrer Einrichtung/in ihrem Pflegedienst ein allgemeiner – d. h. nicht durch zusätzliche Personalausfälle bedingter – Personalmangel, 37,5 Prozent der Beschäftigten berichten von einem Zusammenspiel zwischen dem allgemeinen Personalmangel und häufigen Personalausfällen und 37,7 Prozent der Altenpfleger:innen führen den Personalmangel allein auf häufige Personalausfälle zurück.¹³³ Was auch immer der genaue Grund ist, im Ergebnis führt diese Situation beinahe dauerhaft dazu, dass Pflegekräfte nicht nur ständig unterbesetzt arbeiten müssen, sondern auch über ausgesprochen geringe Möglichkeiten verfügen, selbst Einfluss auf ihre Arbeitszeit zu nehmen und Berufs- und Privat- bzw. Familienleben miteinander vereinbaren zu können.

4.3. Internes Arbeitsumfeld

Zum internen Arbeitsumfeld zählen die Beziehungen zu Arbeitskolleg:innen und zu Vorgesetzten, die beruflichen Partizipationsmöglichkeiten inklusive Fort- und Weiterbildung sowie last but not least die Entlohnung.

Viele Studien zeigen, dass gute Beziehungen zu Kolleg:innen und Vorgesetzten bzw. ein gutes „Betriebsklima“ aus Sicht der Pflegekräfte hochgradig wichtig sind und eine wichtige Ressource darstellen, ansonsten schlechte Arbeitsbedingungen zu kompensieren. So weist das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) auf Grundlage einer qualitativen Studie darauf hin, dass Pflegekräften neben der Vergütung *„soziale Aspekte des Arbeitsumfeldes als einen maßgeblichen Faktor für die Attraktivität von Arbeitsbedingungen“* benennen.¹³⁴ Hierbei sind insbesondere Führungskräfte gefragt, denn diese *„steuern nicht nur Arbeitsaufgaben und Arbeitsstrukturen und damit Arbeitsbe-*

132 Vgl. Klie (2024b, S.21f.): *„Die Verbindung von Wissen, Handwerk, Hermeneutik und Beziehung macht gute Pflege aus. Sie ist bedroht durch die Arbeitsbedingungen, die als zunehmend ungünstig beschrieben werden. Zeit fehle, der Personalmangel wirke sich als zusätzlicher Stressor aus. Vielfach berichten die Interviewten, dass sie ihr Pflegeverständnis in der Praxis nicht mehr umsetzen können. Das ist belastend. So zieht sich durch die Interviews das Gefühl von Erschöpfung wie ein roter Faden hindurch.“*

133 Vgl. Hildebrandt u. a. (2023, S.43).

134 Vgl. Senghaas/Struck (2023, S.21).

*lastungen, sie können auch in mehr oder weniger größerem Ausmaß Flexibilität fördernde Potenziale in Form von Handlungsspielräumen gewähren und emotionale Unterstützung bereitstellen“.*¹³⁵ Neben emotionaler Unterstützung ist aber auch die Möglichkeit zu echter Partizipation wichtig, etwa „*Mitsprachemöglichkeiten bei der Erstellung von Dienstplänen*“.¹³⁶ Vielfach werde von Pflegekräften aber kritisiert, dass „*Vorgesetzte ihnen unzureichende Möglichkeiten einräumen, sich in die Gestaltung der Arbeit einzubringen*“.¹³⁷ Viele Befragte benennen Defizite im Bereich der Führungsqualität, sodass das IAB eine Qualifizierung der Führungskräfte von Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten fordert, um „*einen wertschätzenden Umgang mit Mitarbeitenden stärker im Bewusstsein von Führungskräften (zu) verankern*“.¹³⁸

In einer Studie der Arbeitnehmerkammer Bremen wurden in Teilzeit beschäftigte und ganz aus dem Beruf ausgestiegene Pflegekräfte danach gefragt, unter welchen Bedingungen sie sich eine Erhöhung der Arbeitsstundenzahl bzw. einen Wiedereinstieg in den Pflegeberuf vorstellen können. Bei den Bedingungen liegen Faktoren, die für ein gutes Arbeitsumfeld sorgen, weit vorne. Bei potenziellen Wiedereinsteigerinnen und Wiedereinsteigern liegen ein fairer Umgang unter Kolleg:innen auf dem ersten, wertschätzende und respektvolle Vorgesetzte auf dem dritten und für die Arbeitsbelastung sensible Vorgesetzte auf dem fünften Platz. Die drei Faktoren liegen bei Teilzeitkräften in gleicher Reihenfolge auf den Plätzen eins, zwei und vier.¹³⁹

Die Einschätzung, dass gute Führungsqualitäten bzw. damit verbundene Entscheidungen für einen ganz erheblichen Teil der Pflegekräfte sehr wichtig sind, die Wirklichkeit jedoch (noch) ganz anders aussieht, wird durch eine Studie des Bundesministeriums für Gesundheit bestätigt. Pflegekräfte wurden im Rahmen dieser Studie danach gefragt, wie sie die Attraktivität verschiedener Maßnahmen, die Führungskräfte initiieren könnten, und den tatsächlichen Umsetzungsgrad dieser Maßnahmen einschätzen. Die drei untersuchten Maßnahmen (Aktive Teamentwicklung, Beteiligung der Pflegekräfte an Entscheidungsprozessen, Förderung individueller Stärken der Pflegekräfte) werden jeweils von 85 bis 90 Prozent der Befragten als „unbedingt“ attraktiv bewertet, der Umsetzungsgrad bewegt sich hingegen zwischen 20 Prozent (Beteiligung an Entscheidungsprozessen) und 29 Prozent (Förde-

135 Ebenda.

136 Ebenda.

137 Ebenda.

138 Ebenda.

139 Vgl. Auffenberg u. a. (2022, S.55f.).

rung individueller Stärken). Die Autorinnen und Autoren der Studie schlussfolgern aus diesen Werten und einer qualitativen Befragung von Pflegekräften: *„Viele der Befragten beschreiben den Status quo in Bezug auf die Führung in der Pflege als eines der größten Probleme des Pflegeberufs. Die aktuell häufig erlebten hierarchischen Führungsstile passen laut der befragten beruflich Pflegenden nicht zu den heutigen Herausforderungen und den Wünschen nach einem partnerschaftlichen, unterstützenden Führungsstil, der eigene Handlungsspielräume ermöglicht.“*¹⁴⁰

Auch eine Studie der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin hat das interne Arbeitsumfeld in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen untersucht. In Bezug auf die Beziehung zu Vorgesetzten ist hierbei die Diskrepanz zwischen ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen auffällig. Während immerhin 60 Prozent der in der ambulanten Pflege beschäftigten Pflegekräfte Hilfe und Unterstützung durch Vorgesetzte erfahren, gilt das nur für 47 Prozent der Pflegekräfte in der stationären Pflege. Bei „Lob und Anerkennung durch Vorgesetzte“ zeigt sich das gleiche Bild, wenn auch auf viel geringerem Niveau. 40 Prozent der ambulant und nur 30 Prozent der stationär Pflegenden geben an, dass Vorgesetzte sie loben und ihre Leistung anerkennen. Sehr viel weiter verbreitet ist hingegen die Solidarität unter Kolleg:innen, die wohl neben der hohen intrinsischen Motivation vieler Pflegenden eine der wichtigsten Ressourcen ist, schlechte Arbeitsbedingungen zu kompensieren. Jeweils 85 Prozent der Pflegenden in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen fühlen sich als Teil einer Gemeinschaft und 84 Prozent der Beschäftigten in beiden Bereichen geben an, dass die Zusammenarbeit mit den Kolleg:innen gut ist.¹⁴¹ In dieser Studie wurde auch untersucht, wie stark sich Faktoren des internen Arbeitsumfelds auf die emotionale Erschöpfung von Pflegenden auswirken. 59 Prozent der Pflegenden, die Unterstützung durch Vorgesetzte erfahren, aber nur 41 Prozent der Pflegenden, bei denen das nicht der Fall ist, fühlen sich emotional nicht erschöpft. Zudem sind 55 Prozent der Pflegenden, die eine gute Zusammenarbeit im Team schildern, nicht emotional erschöpft, während nur 46 Prozent derjenigen, bei denen das nicht der Fall ist, keine emotionale Erschöpfung angeben.¹⁴² Diese Zusammenhänge sind zwar noch kein Nachweis für Kausalität. Allerdings deutet die starke Bedeutung, die aktuelle und ehemalige Pflegekräfte guten Beziehungen zu Kolleg:innen sowie einem wertschätzenden, anerkennenden

140 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2023a, S.12).

141 Petersen/Melzer (2022, S.8).

142 Ebenda, S.11.

und fördernden Führungshandeln beimessen darauf hin, dass gerade vor dem Hintergrund der in vielfacher Form schlechten Arbeitsbedingungen ein gutes Arbeitsklima und eine hohe Führungsqualität eine wichtige Ressource darstellen, Arbeitsbelastungen abzufedern und damit auch emotionale Erschöpfungszustände sowie andere körperliche und psychische Belastungen wenigstens teilweise zu kompensieren. Umso bedauernswerter ist es, dass das nicht so oft gelingt, wie es wünschenswert wäre. Pflegedienste und Pflegeeinrichtungen sind nicht die einzigen Wirtschaftsbetriebe, in denen ein besseres Führungshandeln zu einer höheren Arbeitsmotivation beitragen kann. Mit Blick auf die hohen und zunehmenden Personalengpässe im Pflegebereich wiegen die Folgen einer defizitären Führungskultur jedoch schwerer. Zudem handelt es sich beim Führungshandeln um einen Bereich, auf den die Politik nur sehr begrenzten Einfluss hat; hier sind neben den Führungskräften selbst die Träger der Einrichtungen gefragt.

Ein anderes Bild zeigt sich mittlerweile bei der Entlohnung von Pflegekräften.¹⁴³ Sehr lange Zeit musste die Entlohnung von Altenpflegefachkräften und -hilfskräften in doppelter Hinsicht als ausgesprochen gering bezeichnet werden: Zum einen im Vergleich zu Pflegekräften in Krankenhäusern, zum anderen im Vergleich zu allen Beschäftigtengruppen mit einem vergleichbaren Ausbildungsniveau. Erst ab 2010 wurde eine zunächst geringfügige Verbesserung erzielt, indem ein einheitlicher Pflegemindestlohn nach dem Arbeitnehmerentendegesetz in Höhe von 8,50 Euro pro Stunde eingeführt wurde. Dessen Höhe richtete sich allerdings nicht nach der Qualifikation der Pflegekräfte, sodass er sich nicht auf Pflegefachkräfte auswirkte, die bereits damals einen etwas höheren Stundenlohn erzielen konnten. Die beiden genannten Lohndifferenzen blieben daher bestehen. Der Medianwert des monatlichen Bruttoentgelts vollzeitbeschäftigter Altenpflegefachkräfte lag 2012 mit 2.373 Euro 286 Euro unter dem medianen Bruttoentgelt aller Beschäftigten mit einer Ausbildung auf Fachkraftniveau, 503 Euro unter dem medianen Bruttoentgelt aller Beschäftigten in Deutschland und 585 Euro unter dem medianen Bruttoentgelt vollzeitbeschäftigter Krankenpflegefachkräfte. Vollzeitbeschäftigte Altenpflegehelfer:innen verdienten Brutto im Mittel 1.682 Euro und damit 331 Euro weniger als alle Beschäftigten mit

143 Aufgrund des vor allem in den letzten Jahren großen Einflusses politischer Entscheidungen auf die Entlohnung von Pflegekräften könnte man die Entlohnung von Pflegekräften beinahe zum externen Arbeitsumfeld zählen. Doch beschränkt sich der politische Einfluss auf untere Grenzen der Entlohnung, während Pflegedienste und -einrichtungen weiterhin großen Spielraum oberhalb dieser Grenzen (und durch die Freiheitsgrade des Tariftrüegegesetzes zum Teil auf die Grenzen selbst) besitzen und diesen auch nutzen.

einem Beruf auf Helferniveau und 602 Euro weniger als Krankenpflegehelfer:innen. Vor Steuern und Transferzahlungen handelte es sich zudem um einen Armutslohn, denn er lag bei gerade einmal 58,5 Prozent des medianen Bruttoentgelts aller Beschäftigten.¹⁴⁴

Eine größere Verbesserung der Entlohnungssituation brachte erst der nach Qualifikationen gestaffelte Pflegemindestlohn, der zum 1. Juli 2021 eingeführt wurde. Seither erhalten erstmals auch Pflegefachkräfte einen eigenständigen Mindestlohn. Die Pflegemindestlöhne wurden im Laufe der Jahre mehrfach über „Verordnungen über zwingende Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche“ (PflegeArbbV) erhöht, zuletzt am 1.7.2025. Die nun nach Qualifikation gestaffelten Mindestlöhne gelten unabhängig davon, ob Pflegekräfte in Krankenhäusern, stationären Altenpflegeeinrichtungen oder bei mobilen Pflegediensten arbeiten. Sie sorgten daher vor allem für eine gewisse Annäherung an das Lohnniveau von Beschäftigtengruppen gleicher Qualifikation, die nicht im Pflegebereich tätig sind, zumal die Pflegemindestlöhne höher sind als der allgemeine gesetzliche Mindestlohn. Die nach Qualifikation gestaffelten Mindestlöhne hatten aber kaum Einfluss auf die Lohndifferenzen zwischen Altenpfleger:innen und Krankenpfleger:innen. Dennoch stiegen die Bruttolöhne in der Altenpflege seit 2016 deutlich stärker als in der Krankenpflege. Gründe waren zum einen die zunehmenden Personalengpässe in der Altenpflege, die zu einem Wettbewerb vor allem um Pflegefachkräfte führten,¹⁴⁵ zum anderen die Pflegestärkungsgesetze der Jahre 2015 bis 2017. Nach Maßgabe dieser Gesetze dürfen Kostenträger (Pflegekassen, Träger der Sozialhilfe) eine Entlohnung von Pflegekräften nach Tarifvertrag oder kirchlichem Arbeitsrecht nicht mehr als unwirtschaftlich ablehnen, sodass die Entlohnung in voller Höhe bei Pflegesatzverhandlungen berücksichtigt werden muss.

Künftig weit entscheidender für die Entlohnung von Altenpflegekräften dürfte aber das im Juni 2021 verabschiedete Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (GVWG) sein. Seit dem 1.9.2022 ist nunmehr die Zulassung einer Einrichtung oder eines Dienstes zur pflegerischen Versorgung nach SGB XI daran gekoppelt, dass ein bestimmtes Entlohnungsniveau garantiert wird. Eingeschlossen in diese Entlohnungsgarantie sind der Grundlohn, Jahressonderzahlungen sowie diverse Zulagen und Zuschüsse für Bereitschaftsdienste, Rufbereitschaften und Nachtschichten sowie für

144 Vgl. Carstensen/Seibert/Wiethölter (2024, S.4).

145 Vgl. Heger (2021, S.153).

Sonntags- und Feiertagsarbeit. Die Entlohnungsgarantie gilt für Pflegehilfskräfte (sowohl ohne oder mit einjähriger Berufsausbildung) und Pflegefachkräfte. Pflegedienste und -einrichtungen ohne bestehendem Tarifvertrag oder entsprechenden Regelungen nach kirchlichem Arbeitsrecht müssen seither zwischen drei Optionen wählen:

- Echte Tarifbindung im Sinne der Bindung an einen bestehenden Tarifvertrag oder eine kirchliche Arbeitsrechtsregelung. Bei dieser Option werden alle Regelungen der Arbeitsbedingungen, die im entsprechenden Tarifvertrag oder kirchlichen Arbeitsrecht geregelt sind, mitübernommen.
- Tarifierorientierung, bei der keine Tarifbindung vorliegt, aber Pflegekräfte in Höhe eines anerkannten Tarifvertrags oder einer kirchlichen Arbeitsrechtsregelung entlohnt werden. Andere Regelungen der Arbeitsbedingungen nach Tarifvertrag oder kirchlichem Arbeitsrecht werden dabei nicht mitübernommen.
- Entlohnung in Höhe eines regional üblichen Entlohnungsniveaus. Das regional übliche Entlohnungsniveau wird regelmäßig von jedem Landesverband der Pflegekassen unter Beteiligung des Verbandes der Privaten Krankenversicherung und der Träger der Sozialhilfe auf Landesebene ermittelt und veröffentlicht – gestaffelt nach der Qualifikation der Pflegekräfte und inklusive Jahressonderzahlungen, Zulagen und Zuschlägen.

Mit dieser Regelung wurden im Wesentlichen zwei Ziele verfolgt:

- Zum einen sollte die Entlohnung von Pflegekräften in der Langzeitpflege – also hauptsächlich in der Altenpflege – nicht nur erhöht, sondern schrittweise an die Entlohnung in der Krankenpflege und in sonstigen Beschäftigungsverhältnissen gleicher Qualifikationsstufe angepasst werden. Vor dem Hintergrund der generalistischen Pflegeausbildung soll so vor allem der aufgrund deutlicher Lohndifferenzen vorhandene strukturelle Nachteil der Langzeitpflege gegenüber der Krankenpflege abgebaut werden, da er sich systematisch negativ auf die Deckung des Fachkräftebedarfs in der Langzeitpflege auswirkt. Durch höhere Löhne soll die Langzeitpflege zudem zu einem attraktiveren Ausbildungs- bzw. Umschulungsbereich werden.
- Zum anderen sollte die Tarifbindung von Pflegeeinrichtungen und -diensten erhöht werden, um neben der Entlohnung schrittweise eine Verbesserung der in Tarifwerken oder im kirchlichen Arbeitsrecht verankerten Regelungen der Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte zu ermöglichen.

Tendenziell scheint nach bisheriger Studienlage das erste Ziel einer schrittweisen Angleichung der Löhne in der Alten- und Krankenpflege erreichbar zu sein. Die Entlohnung von Pflegekräften in der Langzeitpflege steigt sowohl im Vergleich zur Entlohnung in der Krankenpflege als auch im Vergleich zur Entlohnung von Beschäftigten gleichen Qualifikationsniveaus weit überproportional an. Zwischen 2012 und 2023 haben die Bruttoentgelte von Altenpflegefachkräften real im Mittel um 29 Prozent und die Bruttoentgelte von Altenpflegehilfskräften real um 36 Prozent zugelegt. Die mittleren realen Bruttoentgelte von Krankenpflegefachkräften haben im gleichen Zeitraum lediglich um 8 Prozent und die realen mittleren Bruttoentgelte von Krankenpflegehilfskräften um 7 Prozent zugenommen.¹⁴⁶ Auch wenn ein überproportionale Anstieg der Entlohnung in der Altenpflege schon seit Inkrafttreten der Pflegestärkungsgesetze 2015/2017 zu beobachten ist, hat die Entlohnung zwischen 2021 und 2023 im Vergleich zur allgemeinen Lohnentwicklung und zur Lohnentwicklung in der Krankenpflege nochmals deutlich überproportional zugelegt. Die absoluten Bruttolohndifferenzen zwischen Krankenpflege- und Altenpflegefachkräften (155 Euro) sowie zwischen Krankenpflege- und Altenpflegehilfskräften (210 Euro) konnten zwar bislang nicht völlig beseitigt werden. Sowohl absolut als auch prozentual sind die Unterschiede aber deutlich geschrumpft.¹⁴⁷ Hinzu kommt, dass Altenpflegefachkräfte bereits seit 2020 und Altenpflegehilfskräfte seit 2022 ein (mittlerweile deutlich) höheres Bruttoentgelt erhalten als Beschäftigte gleicher Qualifikationsstufe in anderen Wirtschaftsbereichen.¹⁴⁸

Andererseits scheint das zweite Ziel nicht erreicht zu werden. Die Tarifbindung von Pflegediensten und -einrichtungen hat nicht wesentlich zugenommen. Die allermeisten zuvor nicht tarifgebundenen Einrichtungen und Dienste der Altenpflege haben sich für die Varianten „Tariforientierung“ oder „Entlohnung nach regional üblichem Niveau“ entschieden.¹⁴⁹ Das gilt insbesondere für die zuvor weitestgehend nicht tarifgebundenen privaten Anbieter.

Auch wenn die Regelungen des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes erst 2022 in Kraft getreten sind und Daten zur Entwicklung

146 Vgl. Carstensen/Seibert/Wiethölter (2024, S.6).

147 Verdienten Krankenpflegefachkräfte 2012 im Mittel noch 24,7 Prozent mehr als Altenpflegefachkräfte, so belief sich der Unterschied 2023 auf nur noch 4 Prozent.

148 Vgl. Carstensen/Seibert/Wiethölter (2024, S.4).

149 Vgl. Lenzen/Evans-Borchers (2024, S.5f.).

der Tarifbindung auch nur für dieses Jahr vorliegen, besteht die Gefahr, dass ein Verfehlen des zweiten Zieles eine sehr ungute Dynamik in Gang setzt. Für öffentliche und gemeinnützige Pflegeanbieter, die bereits vor 2022 häufig tarifgebunden waren bzw. kirchliches Arbeitsrecht anwendeten, hatten die Regelungen des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes wenig bis überhaupt keine Wirkung auf die Entlohnung der Pflegekräfte. Anders sieht es bei den zuvor weit überwiegend nicht tarifgebundenen privaten Anbietern aus, die ausgesprochen substanzielle Lohnsteigerungen in Kauf nehmen müssen – das Bundesgesundheitsministerium rechnete 2022 mit 10 bis 30 Prozent.¹⁵⁰ Es liegen noch keine Daten vor, ob es tatsächlich zu Lohnsteigerungen in diesem Ausmaß gekommen ist. Erste Studien liefern jedoch bereits Hinweise auf erhebliche Lohnkostensteigerungen bei privaten Pflegeanbietern.¹⁵¹ Zudem hat die Lohnwachstumsrate in der Altenpflege seit 2022 nochmals deutlich zugelegt, was auf kräftige Lohnsteigerungen der bis dahin nicht tarifgebundenen Pflegeanbieter mit unterdurchschnittlichen Entgelten hinweist.¹⁵² Diese werden zwar in den Pflege-satzverhandlungen berücksichtigt, verursachen damit aber auch eine Erhöhung der Pflegekosten, die sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Pflege zum Teil auf die Pflegeempfangenden umgelegt werden. Der Gesetzgeber hat dies in der stationären Pflege, wie an anderer Stelle bereits diskutiert worden ist, vorhergesehen und eine Begrenzung der von Pflegeempfangenden selbst zu zahlenden Einrichtungseinheitlichen Eigenanteile beschlossen. Diese fangen aber nur einen Teil der Kostensteigerungen auf. In der ambulanten Pflege wurden die Leistungsbeträge für Pflegesachleistungen zwischen 35 Euro (Pflegegrad 1) und 100 Euro (Pflegegrad 5) erhöht,¹⁵³ doch auch diese Steigerungen reichen nicht aus, die von Pflegeempfangenden zu tragenden Zusatzkosten zu decken.¹⁵⁴

Für private Anbieter ergeben sich hierdurch zwei Auswirkungen. Die höheren Selbstkostenanteile der zu pflegenden Personen führen zu einem Rückgang der Nachfrage nach Pflegeleistungen. Dieser fällt zumindest dann nicht negativ ins Gewicht, wenn zuvor aufgrund Personalmangels ohnehin nicht alle Nachfrager oder alle nachgefragten Pflegeleistungen bedient werden konnten. Aus Sicht privater Pflegeanbieter dürfte daher aktuell eine zweite Auswirkung wichtiger sein: Wenn sie die höheren Personalkosten auf

150 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2022).

151 Vgl. Lenzen/Evans-Borchers (2024, S.7f.).

152 Vgl. Carstensen/Seibert/Wiethölter (2024, S.4).

153 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (2022).

154 Vgl. Rothgang/Müller (2023, S.34f.).

Pflegeempfangende umlegen, verlieren sie ihren Wettbewerbsvorteil gegenüber tarifgebundenen oder kirchlichem Arbeitsrecht unterliegenden Pflegeanbietern. Dieser ist gewollt und, soweit sich der Wettbewerbsvorteil hauptsächlich durch Niedriglöhne ergeben hat, aus ökonomischer Sicht auch nicht zu beanstanden. Wenn private Anbieter die Lohnkostensteigerungen nicht vollständig auf Pflegeempfangende umlegen, müssen sie geringere Gewinnmargen oder temporäre Verluste in Kauf nehmen. In beiden Fällen könnte ein Problem darin liegen, dass Beschäftigte privater Pflegeanbieter – vor allem im von ihnen dominierten Bereich der ambulanten Pflege – auch weiterhin nur in Bezug auf die Entlohnung Beschäftigten tarifgebundener Pflegeanbieter gleichgestellt sind, nicht jedoch hinsichtlich der ebenfalls tariflich oder nach kirchlichem Arbeitsrecht geregelten Arbeitsbedingungen. Um geringere Gewinnmargen oder temporäre Verluste im Zeitverlauf auszugleichen, könnten private Pflegeanbieter noch mehr als bisher schon versuchen, Einsparpotenziale im Personalbereich über Rationalisierungsmaßnahmen zu realisieren, was zu noch mehr „Arbeitshetze“, „Minutenpflege“ und/oder „Arbeiten mit minimalem Personalbestand“ führen könnte. Gerade jene Aspekte sind aber in den Präferenzordnungen der Pflegekräfte weit wichtiger als die Entlohnung, sodass der Pflegeberuf dort, wo private Pflegeanbieter den Markt dominieren – also hauptsächlich im Bereich der ambulanten Pflege – konträr zur eigentlichen Zielsetzung des Gesetzgebers noch unattraktiver werden könnte.

Sollte eine solche Entwicklung eintreten, spricht das nicht gegen die längst überfällige, leistungsgerechte Entlohnung von Pflegekräften im Bereich der Langzeitpflege. Wohl aber wäre es besser gewesen, wenn entweder eine tatsächliche Verpflichtung zur Bindung an einen Tarifvertrag bzw. an Regelungen des kirchlichen Arbeitsrechts eingeführt worden wäre, sodass automatisch auch die dort geregelten Arbeitsbedingungen hätten übernommen werden müssen; alternativ hätte die deutliche Erhöhung der Lohnkosten von Maßnahmen begleitet werden können, die ganz direkt die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte verbessern und die Effizienz des Pflegeprozesses erhöhen. Davon wäre ein positiver Effekt auf die Arbeitszufriedenheit von Pflegekräften, die Pflegequalität und die Arbeitsproduktivität ausgegangen, der ein Gegenpol zu den Einsparversuchen der privaten Pflegeanbieter hätte sein können. Stattdessen wurden privaten Pflegeanbietern Anreize zu einer weiteren Verschlechterung der Arbeitsbedingungen von Pflegekräften gesetzt. Zusätzlich reduzieren die höheren Lohnkosten die für Investitionen in die digitale Transformation der Pflege notwendigen betrieblichen Überschüsse und behindern somit auch indirekt eine Verbesserung der Arbeits-

bedingungen und eine Erhöhung der Arbeitsproduktivität. Auch eine Verpflichtung zur Tarifbindung oder zur Anwendung kirchlichen Arbeitsrechts hätte die Überschüsse reduziert, hätte aber ohne die Möglichkeit zur Verschlechterung der Arbeitsbedingungen zumindest einen Anreiz zu Investitionen in Technologien gesetzt, die zu einer Erhöhung der Arbeitsproduktivität führen. Insofern scheinen auf Seiten des Gesetzgebers die nicht intendierten Auswirkungen der grundsätzlich in die richtige Richtung zielenden Regelungen des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes nicht vollständig durchdacht worden zu sein.

4.4. Externes Arbeitsumfeld

Das externe Arbeitsumfeld umfasst zum einen die politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und hierbei insbesondere die gesellschaftliche Wertschätzung des Pflegeberufs. Zum anderen wird das externe Arbeitsumfeld auch von den Beziehungen zu anderen Leistungserbringern des Gesundheitssystems geprägt.

Beginnen wir mit der gesellschaftlichen Wertschätzung. Auf die Frage, ob der Pflegeberuf in der Gesellschaft zu wenig oder ausreichend anerkannt wird, antworten 92,2 Prozent der in der ambulanten und 92,9 Prozent der in der stationären Pflege beschäftigten Pflegekräfte mit „zu wenig“.¹⁵⁵ Die Wahrnehmung der Pflegekräfte, dass ihre Arbeit gesellschaftlich zu wenig Anerkennung findet, deckt sich nicht vollständig mit der tatsächlichen gesellschaftlichen Anerkennung des Pflegeberufs. In einer Studie des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung zum Berufsprestige „systemrelevanter Berufe“ schnitt der Beruf Altenpfleger:in nicht nur besser ab als viele andere systemrelevante Berufe, das Berufsprestige lag nur unwesentlich unter dem durchschnittlichen Berufsprestige aller Berufe.¹⁵⁶ Das kann natürlich für immer noch zu gering gehalten werden, denn die Wahrnehmung, die eigene Arbeitsleistung werde nicht genügend anerkannt, ist nicht gleichzusetzen mit der Wahrnehmung, die eigene Arbeitsleistung genieße überhaupt keine Anerkennung. Andererseits legt eine aktuellere Studie die Schlussfolgerung nahe, dass das Ansehen von Pflegeberufen – möglicher-

155 Vgl. Institut für Demoskopie Allensbach (2024, Anhang: Tabelle 8a).

156 Auf einer Berufsprestige-Skala, die von 0 bis 200 reicht, erreicht der Beruf Altenpfleger:in den Wert 62,3. Der Durchschnittswert aller systemrelevanten Berufe liegt bei 58,6, der Durchschnittswert aller Berufe bei 63,2. Vgl. hierzu Koebe u. a. (2020, S.3).

weise in Zusammenhang mit der Diskussion um die Bedeutung systemrelevanter Berufe während der Corona-Pandemie¹⁵⁷ – noch weiter zugenommen hat. Nach den Befragungsergebnissen dieser Studie sind 92 Prozent der Bevölkerung der Auffassung, dass Pflegefachkräfte einen wichtigen Beitrag für die Gesellschaft leisten und 76 Prozent der Befragten geben an, sie hätten im Vergleich zu allen anderen Berufsfeldern am meisten oder mit am meisten Achtung vor Pflegeberufen. Von den in der gleichen Studie befragten Pflegefachkräften sind jedoch nur 21 Prozent überzeugt, ihr Beruf sei angesehen und werde geachtet.¹⁵⁸

Wie kommt diese Diskrepanz in der Wahrnehmung der gesellschaftlichen Anerkennung des Pflegeberufs zustande? Eine Erklärung könnte sein, dass in der Bevölkerung zwar ein Bewusstsein für die gesellschaftliche Bedeutung der Pflegearbeit vorhanden ist, der Pflegeberuf aber dennoch eher als ein Beruf für Geringqualifizierte angesehen wird und Pflegekräfte das spüren oder zu spüren glauben.¹⁵⁹ Im BKK-Gesundheitsreport 2022 heißt es hierzu beispielsweise: *„Die mangelnde Wertschätzung ist ebenfalls ein anhaltendes Thema für die pflegerische Berufsunzufriedenheit. Dabei geht es kaum um oberflächliches Lob und Schulterklopfen, zumal Rückmeldungen im Freundes- und Bekanntenkreis der Pflegenden häufig ambivalent ausfallen, wenn beispielsweise gesagt wird ‘Toll, dass Du das machst, ich könnte das ja nicht!’“*¹⁶⁰ Damit kann möglicherweise ein Teil des Wahrnehmungsunterschieds erklärt werden, aber sicher nicht der gesamte. Ein weiterer Erklärungsbaustein könnte im Unterschied zwischen der Härte des Pflegeberufs und der resultierenden Entlohnung liegen. Andererseits rangiert die Entlohnung in der Präferenz-

157 Sollte dem so sein, bestünde eine weitere Diskrepanz zur Wahrnehmung der Pflegenden. Nur jeweils ein knappes Drittel von ihnen gibt an, dass die Corona-Pandemie „das Ansehen als Pflegekraft“ erhöht oder „die gesellschaftliche Bedeutung des Berufs“ verdeutlicht hätte, vgl. hierzu Isfort/Gessenich/Tucman (2022, S.104). Nach einer weiteren Studie stimmen 44 % der Betriebs- und Personalrät:innen von Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten der Aussage zu, die Wertschätzung gegenüber Pflegeeinrichtungen und dem Pflegeberuf sei infolge der Corona-Pandemie gestiegen, vgl. hierzu Daum/Kolb (2022, S.55).

158 Vgl. Klie (2024b, S.7). Denkbar ist, dass das gesellschaftliche Ansehen etwas niedriger ausgefallen wäre, wenn in der Studie nicht explizit nach Pflegefachkräften gefragt worden wäre. Das ändert jedoch nichts daran, dass auch Pflegefachkräfte das Ansehen ihres Berufes im Vergleich zu anderen Berufsgruppen sehr viel niedriger einschätzen.

159 So dürften es viele Pflegekräfte sicherlich als degradierend empfinden, wenn politische Entscheidungsträger den Pflegeberuf implizit als ein Tätigkeit beschreiben, für die im Grunde jeder bzw. jede geeignet ist. So bspw. der ehemalige FDP-Generalsekretär Bijan Djir-Sarai im Kontext der Arbeitsaufnahme ukrainischer Kriegsflüchtlinge: *„Wir haben überall Arbeitskräftemangel – etwa in der Gastronomie, auf dem Bau oder in der Pflege. Wir sollten nicht länger mit dem Geld der Steuerzahler Arbeitslosigkeit finanzieren, sondern müssen dafür sorgen, dass die Menschen in Arbeit kommen.“* Die Aussage findet sich in O.V. (2024b).

160 Vgl. Klapper/Tackenberg (2022, S.355).

ordnung der Pflegekräfte nicht sehr weit oben und problematisiert werden in diesem Zusammenhang eher Zulagen für Zusatz- und Nachtschichten. Zudem hat sich bei der Entlohnung der Pflegekräfte in den letzten Jahren einiges getan.

Ein Dorn im Auge der Altenpfleger:innen könnte aber sicherlich der weiterhin vorhandene Entlohnungsunterschied zu anderen Pflegeberufen sein. Nur: Zum einen schätzen Pflegende in Krankenhäusern, Psychatrieeinrichtungen und Reha-Einrichtungen sowie Intensivpfleger:innen die Anerkennung ihres Berufs ebenso gering ein wie Altenpflegende.¹⁶¹ Zum anderen sind Altenpfleger:innen sogar etwas zufriedener mit ihrem Einkommen als in anderen Pflegeberufsfeldern beschäftigte Pflegekräfte.¹⁶²

Ein weiterer Aspekt könnte der hohe Berufsstolz von Pflegenden sein, der nicht mit dem gesellschaftlichen Bild des Pflegeberufs in Einklang steht. 86,7 Prozent der in Altenheimen und 80,7 Prozent der in ambulanten Pflegediensten beschäftigten Altenpfleger:innen sind sehr stolz oder stolz auf ihren Beruf. Pflegende, die in anderen Pflegeberufsfeldern beschäftigt sind, weisen ähnlich hohe Werte auf.¹⁶³ Das könnte erklären, warum Pflegende unabhängig vom Beschäftigungsfeld über eine zu geringe Anerkennung klagen. Doch wenn dieser Berufsstolz, wie gezeigt wurde, gar nicht in einem völligen Missverhältnis zur gesellschaftlichen Anerkennung des Pflegeberufs steht und auch die Einkommen nicht als völlig unzureichend angesehen werden, wodurch wird der Berufsstolz dann unter Umständen verletzt? Eine plausible Erklärung ist, dass der Berufsstolz durch die in weiten Teilen völlig indiskutablen Arbeitsbedingungen, die einer qualitativ hochwertigen Ausführung des Pflegeberufs häufig im Wege stehen, verletzt wird. Auch wenn die Gesellschaft nicht die Schuld am dafür maßgeblich verantwortlichen Personalmangel trägt, hat doch zumindest die Gesundheitspolitik dieser Entwicklung lange Zeit zugesehen, ohne signifikante Schritte zur Abhilfe in die Wege zu leiten. Es lässt sich gut nachvollziehen, wenn Pflegende unter diesen Umständen das Gefühl haben, dass ihre Probleme nicht ernst genommen werden. So auch erneut der BKK-Gesundheitsreport 2022: *„Schwerer scheint aber derzeit die Wahrnehmung zu wiegen, von der Politik nicht ernstgenommen zu werden. Zu klein, vordergründig und langwierig sind die Veränderungen, die beschlossen werden, sodass von ihnen nicht die Botschaft ausgeht, dass der*

161 Vgl. Institut für Demoskopie Allensbach (2024, Anhang: Tabelle 8a).

162 Ebenda, Anhang, Tabelle 3b.

163 Ebenda, Anhang, Tabelle 7a.

*Wert von professioneller Pflege für eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung erkannt worden ist (...).*¹⁶⁴

Neben der Gesellschaft und den Verantwortlichen für die Gesundheitspolitik existiert allerdings noch eine weitere externe Gruppe, deren Angehörige Einfluss auf das Selbstbild der Pflegenden haben und deren Verhalten mit dem hohen Ausmaß an Berufsstolz der Pflegenden kollidieren kann. Gemeint sind damit andere Akteure des Gesundheitswesens, die eng mit Pflegenden zusammenarbeiten, aber sowohl berufshierarchisch als auch in Bezug auf ihre Entscheidungskompetenzen Pflegenden weit übergeordnet sind, was eine kooperative Zusammenarbeit auf Augenhöhe behindern kann. Fragt man aus dem Pflegeberuf Ausgestiegene sowie in Teilzeit beschäftigte Pflegekräfte nach Arbeitsbedingungen, die einen Wiedereinstieg in den Pflegeberuf bzw. eine Erhöhung der Arbeitsstunden begünstigen könnten, nennen 82,6 Prozent der ehemaligen Pflegekräfte und 82,8 Prozent der in Teilzeit beschäftigten Pflegekräfte „Augenhöhe gegenüber der Ärzteschaft“. 84,5 Prozent aller Pflegenden benennen zudem eine „bessere Kooperation mit anderen Berufsgruppen“.¹⁶⁵

Der Kooperation mit anderen Berufsgruppen des Gesundheitswesens auf Augenhöhe kommt dabei nicht nur für die Arbeitsbedingungen eine besondere Bedeutung zu. Sie ist auch entscheidend für eine effiziente Organisation und qualitativ hochwertige Durchführung pflegerischer Leistungen. Pflegedienste und -einrichtungen sind weit mehr als andere Akteure des Gesundheitssystems ein „Verkehrsknotenpunkt“, an dem die Leistungen anderer Akteure des Gesundheitswesens, verschiedener Institutionen des Gesundheitssystems und verschiedener Akteure außerhalb des Gesundheitssystems im Idealfall bestmöglich aufeinander abgestimmt werden sollten. Pflegeanbieter stehen mit verschiedenen Arzt- und Facharztpraxen, Apotheken, Krankenhäusern, Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen, Heil- und Hilfsmittelvertrieben, Psycho-, Physio- und Ergotherapeuten, Reha-Einrichtungen, Pflege- und Krankenkassen, Sozialdiensten, Haushaltshilfen und vielen mehr nicht nur in Kontakt, sie koordinieren gemeinsam mit ihnen den Pflegeprozess und sind auf ihre Unterstützung angewiesen. Der Kontakt mit den Angehörigen dieses Netzwerks erfolgt dabei heute noch weitgehend über das Telefon, Faxgeräte, Papier und E-Mails. Dass die Aufrechterhaltung, Organisation und Koordination dieser Vielzahl an Kontakten ausgesprochen schwierig

164 Vgl. Klapper/Tackenberg (2022, S.355).

165 Vgl. Auffenberg u. a. (2022, S.55f.).

und zeitaufwendig ist, wenn zeitnahe Abstimmungen unter der Nutzung überkommener Kommunikationsmittel leiden, liegt auf der Hand. Diese Art der friktionsreichen Kommunikation führt zu den von vielen Pflegekräften bemängelten Kontaktbrüchen und ständigen Unterbrechungen von Arbeitsabläufen. Hinzu kommt, dass Pflegenden gerade bei Kontakten mit Arzt- und Facharztpraxen systematisch die Rolle reiner Erfüllungsgehilfen einnehmen bzw. ihre eigenen Kompetenzen und ihren Informationsvorsprung bezüglich der Situation der zu pflegenden Personen nur völlig unzureichend in den Pflegeprozess einbringen können. Noch einmal der BKK-Gesundheitsreport 2022: *„Die berufliche Pflege ist in vielerlei Hinsicht fremdbestimmt, was die Entfaltung eines beruflichen Selbstbewusstseins, das sich als gestaltende Kraft wahrnimmt, behindert. Insbesondere in Deutschland liegt die Definitionsmacht zu allen Fragen der Gesundheit wesentlich bei der medizinischen Profession. Damit wird ausgeblendet, dass die professionelle Pflege einen eigenen Zugang zur Unterstützung der Menschen bei Krankheit und in ihrer Gesunderhaltung hat, die sich zum Beispiel in den USA in einer rund 100-jährigen Tradition der Pflegewissenschaft ausdrückt. Entsprechend verfügen die Pflegeberufe in Deutschland nur über eine geringe berufliche Autonomie.“*¹⁶⁶

Es liegt nahe, dass gerade hierin eine wichtige Ursache des Gefühls vieler Pflegenden liegen könnte, ihre Arbeit werde nicht ausreichend wertgeschätzt. Zusätzlich wird deutlich, wie wichtig eine Modernisierung der Kommunikation – sowohl der Kommunikationsmittel als auch der Kommunikationsgestaltung – zwischen Pflegeanbietern bzw. Pflegenden und anderen Akteuren und Institutionen des Gesundheitssystems ist. Denn eine solche Modernisierung hätte zur gleichen Zeit einen positiven Einfluss auf die Arbeitsbedingungen und die Arbeitszufriedenheit der Pflegenden, auf die effiziente Koordination und Kooperation aller Leistungserbringer im Pflegeprozess und auf die Qualität der Pflegeleistung.

166 Vgl. Klapper/Tackenberg (2022, S.355).

5. Gestaltungsfelder der Digitalisierung in der Langzeitpflege

Ein Überblick über die Gestaltungsfelder der verschiedenen Digitalisierungstechnologien, die in der Langzeitpflege bereits zum Einsatz kommen, kann auf verschiedene Weise systematisiert werden.¹⁶⁷ Zum einen ist es möglich, eine Systematisierung hinsichtlich des Personenkreises vorzunehmen, der vom Einsatz der verschiedenen Digitalisierungstechnologien direkt oder indirekt betroffen ist. Betroffene Personenkreise wären dann z.B. die (möglicherweise noch nach Qualifikationsstufen unterschiedenen) Pflegekräfte, die Führungskräfte von Pflegediensten und -einrichtungen, die in verschiedenen Funktionsbereichen tätigen Verwaltungskräfte der Pflegedienste und -einrichtungen, die Pflegeempfangenden, die An und Zugehörigen der zu pflegenden Personen, andere Leistungserbringer des Gesundheitssystems, Mitarbeitende von Sozialdiensten und viele mehr. Eine Strukturierung nach den von Digitalisierung betroffenen Personenkreisen hat den schwerwiegenden Nachteil, dass sich der Einsatz von Digitalisierungstechnologien gleichzeitig auf mehrere der genannten Personenkreise auswirken kann. Das dürfte sogar der Regelfall sein und ist eine Grundannahme der vorliegenden Studie. Denn bislang wurde stets davon ausgegangen, dass sich Digitalisierungsmaßnahmen zur gleichen Zeit auf Pflegeanbieter (Effizienzgewinne), Pflegekräfte (Verbesserung der Arbeitsbedingungen) und zu pflegende Personen (Verbesserung der Pflegequalität und Erhöhung der Lebenszufriedenheit) auswirken können.¹⁶⁸ Zudem bleibt bei einer Unterscheidung nach von Di-

167 Im Folgenden werden nur Digitalisierungstechnologien diskutiert, die bereits existieren bzw. bis zur Marktreife entwickelt worden sind. Es macht im Rahmen dieser Studie wenig Sinn, über den Einsatz von Digitalisierungstechnologien zu spekulieren, die sich noch im Entwicklungsstadium befinden und/oder deren Entwickler noch erhebliche rechtliche und ethische Bedenken aus dem Weg räumen müssen, bevor ihre Systeme eingesetzt werden können.

168 Die Zuordnung von Digitalisierungsmaßnahmen auf einen bestimmten betroffenen Personenkreis ist dann angemessen, wenn z.B. untersucht wird, in welchen Ausmaß eine bestimmte Digitalisierungsmaßnahme (bspw. Einbau eines Treppenlifts) bei einem bestimmten

igitalisierungsmaßnahmen betroffenen Personenkreisen die für die Durchführung entscheidende betriebliche bzw. unternehmerische Ebene unterbeleuchtet. Solange keine gesetzliche Verpflichtung dazu besteht, kann davon ausgegangen werden, dass Digitalisierungsmaßnahmen unter Berücksichtigung eines unternehmerischen Kalküls durchgeführt oder eben nicht durchgeführt werden. Unternehmerische Entscheidungen für oder gegen den Einsatz einer Digitalisierungstechnologie fallen aber nicht in einem Vakuum. Ob der Einsatz einer weiteren Digitalisierungstechnologie für vorteilhaft erachtet wird oder nicht, hängt z.B. von den technischen Ausgangsbedingungen in einem Pflegedienst oder einer Pflegeeinrichtung ab, d.h. von bereits vorhandenen Digitalisierungstechnologien und potenziellen Vernetzungsmöglichkeiten mit diesen Technologien. Insofern gehen wichtige Informationen verloren, wenn man jeweils nur eine Technologie und einen davon betroffenen Personenkreis beachtet.

Eine weitere Möglichkeit der Systematisierung stellt auf die Art der Digitalisierungstechnologien selbst ab. Unterschieden wird dann z.B. zwischen Informations- und Kommunikationstechnologien, Pflegerobotik, Monitoringssystemen und Assistenzsystemen.¹⁶⁹ Der Vorteil dieser Systematisierung liegt in der Übersichtlichkeit. Es gibt jedoch auch Nachteile. So dürfte die Kategorisierung von emotionalen Robotern wie der Pflegerobbe Paro oder Patientenliftern, die Pflegekräften die Umlagerung von Pflegeempfangenden erleichtern, unter den Oberbegriff „Pflegeroboter“ einer der Gründe dafür sein, warum bezüglich der Fähigkeiten und der Bedeutung dieser Roboter so viele Missverständnisse existieren. Im alltäglichen Sprachgebrauch wird der Begriff Roboter mit einem Grad autonomen Handelns verbunden, der auf dem heutigen technischen Niveau der Pflegerobotik nicht vorhanden und auf absehbare Zeit auch nicht zu erwarten ist. Auch wird der Einsatzzweck digitaler Pflegetechnologien bei dieser Form der Systematisierung nicht deutlich. Wofür genau sollen bestimmte Pflegetechnologien bei einem Pflegeanbieter eingesetzt werden? Welche pflegerischen Prozesse sollen damit verbessert werden und in welchem Ausmaß ist der Nutzen des Einsatzes bestimmter Technologien vom Vorhandensein anderer Pflegetechnologien

Personenkreis (bspw. Pflegeempfangende mit erhöhtem Sturzrisiko) zu einem bestimmten Ergebnis (bspw. Verringerung von Treppenstürzen im Verhältnis zu einer Kontrollgruppe) führt. Eine Vielzahl von Studien, die nach Vorteilen der Durchführung von Digitalisierungsmaßnahmen sucht, geht auf diese Weise vor, vgl. z.B. die Übersicht in Huter u.a. (2020).

- 169 Unter Assistenzsysteme fallen dabei Pflegetechnologien, die Pflegeempfangenden ein Leben in der eigenen Häuslichkeit erleichtern bzw. ermöglichen.

und den damit gegebenenfalls verbundenen Vernetzungsmöglichkeiten abhängig?

Da die unternehmerische Entscheidung über den Einsatz einer weiteren Digitalisierungstechnologie ganz maßgeblich von in Pflegediensten und -einrichtungen bereits vorhandenen Digitalisierungstechnologien abhängt, ist es weit sinnvoller, eine Systematisierung von in der Langzeitpflege aktuell zur Verfügung stehenden Digitalisierungstechnologien nach dem Funktionsbereich vorzunehmen, in dem sie zum Einsatz kommen. Auf diese Weise wird deutlicher, dass der wirtschaftliche Mehrwert des Einsatzes einer Digitalisierungstechnologie nicht unabhängig von der bereits verfügbaren digitalen Infrastruktur eines Pflegeanbieters und damit verbundenen Vernetzungsmöglichkeiten Teil des unternehmerischen Kalküls für oder wider die Durchführung einer Digitalisierungsmaßnahme ist. In der hier vorgenommenen Systematisierung werden Pflegetechnologien entsprechend vier digitalen Funktionsbereichen von Pflegediensten und -einrichtungen zugeordnet:

- (1) Interne Informations- und Kommunikationstechnologien (Interne IKT).** Dieser Funktionsbereich umfasst alle Digitalisierungstechnologien, die sich auf die pflegedienst- bzw. einrichtungsinterne Erfassung, Kommunikation, Verarbeitung und Nutzung relevanter Informationen und Daten auswirken. Zu beachten ist in diesem Funktionsbereich die Trennung zwischen primären und sekundären Prozessen der Pflege und die Möglichkeit der Vernetzung von Informations-, Kommunikations- und Datenflüssen zwischen den beiden Ebenen.
- (2) Externe Informations- und Kommunikationstechnologien (Externe IKT).** Dieser Funktionsbereich umfasst alle Digitalisierungstechnologien, die sich auf die pflegedienst- bzw. -einrichtungsübergreifende Erfassung, Kommunikation, Verarbeitung und Nutzung relevanter Informationen und Daten auswirken. Es geht also um alle Informations- und Kommunikationsprozesse mit anderen Akteuren oder Institutionen, die koordiniert und/oder kooperativ für Pflegeanbieter wichtige Dienstleistungen erbringen. Das können Akteure bzw. Institutionen des Gesundheitssystems sein, aber z. B. auch An- und Zugehörige von Pflegeempfangenden, Sozialdienste und viele andere mehr.
- (3) Technische Assistenzsysteme zur Unterstützung von Pflegekräften.** Dieser Funktionsbereich umfasst alle Digitalisierungstechnologien, die

sich unterstützend auf die Durchführung von Pflege- und Betreuungsleistungen durch Pflegekräfte auswirken, aber im Regelfall nicht mit Digitalisierungstechnologien vernetzt sind, die der Erfassung, Kommunikation, Verarbeitung und Nutzung relevanter Informationen und Daten dienen. Hierzu zählen z.B. Technologien wie Patientenlifter, Mobilisierungshilfen und Servicerobotik.

- (4) **Technische Assistenzsysteme zur Unterstützung von Pflegeempfangenden.** Dieser Funktionsbereich umfasst alle Digitalisierungstechnologien, die sich auf die Unterstützung der Lebensführung von Pflegeempfangenden auswirken, ohne dass hierzu der Einsatz von Pflegekräften notwendig wäre. Hierzu zählen vor allem Digitalisierungstechnologien aus dem Bereich der Altersgerechten Assistenzsysteme bzw. des „Ambient Assisted Living“ (AAL), soweit sie im Regelfall nicht (zusätzlich) mit Digitalisierungstechnologien vernetzt sind, die der Erfassung, Kommunikation, Verarbeitung und Nutzung relevanter Informationen und Daten dienen.

5.1. Interne Informations- und Kommunikationstechnologien (Interne IKT)

Digitalisierungstechnologien, die der internen IKT zuzuordnen sind, lassen sich in Technologien unterscheiden, die primäre *oder* sekundäre Pflegeprozesse betreffen, ohne dass eine Vernetzung der beiden Ebenen vorliegt, und Technologien, die primäre *und* sekundäre Pflegeprozesse beeinflussen und zusätzlich auf eine Vernetzung der beiden Ebenen angelegt sind. Im Folgenden werden Digitalisierungstechnologien zunächst getrennt nach den beiden Ebenen des Pflegeprozesses besprochen, bevor die Möglichkeit der digitalen Vernetzung der beiden Ebenen bis hin zu einem vollständig integrierten System diskutiert wird.

5.1.1. Digitalisierungstechnologien im Bereich primärer Pflegeprozesse

In den Bereich der primären Pflegeprozesse fallen neben körperbezogenen Pflegemaßnahmen, pflegerischen Betreuungsmaßnahmen oder Hilfen bei der Haushaltsführung auch Kommunikations- und Informationsprozesse. Das ist z.B. dann der Fall, wenn im Rahmen einer Dienstübergabe pflegerelevante Informationen über zu pflegende Personen von einer Pflegekraft an eine andere Pflegekraft weitergegeben werden. Die verschiedenen Pflege-,

Betreuungs- und Hilfsmaßnahmen beziehen sich daher nicht nur auf die direkt personenbezogene Pflegedienstleistung, sondern auch auf die damit zusammenhängende Erfassung, Kommunikation, Verarbeitung und Nutzung relevanter Informationen und Daten. Das geschah bis vor nicht allzu langer Zeit zwangsläufig rein analog. Eine vollständige analoge Durchführung primärer Pflegeprozesse ist heute sehr selten geworden.¹⁷⁰ Stattdessen kommen verschiedene Digitalisierungstechnologien zum Einsatz, die sich in Hard- und Software untergliedern lassen. Die zum Einsatz kommende Hardware entspricht weitestgehend alltäglichen digitalen Gebrauchsgegenständen. Es handelt sich um Smartphones, Tablets und Wearables wie z. B. Smartwatches. Ihre grundsätzlichen Funktionen müssen daher nicht näher erläutert werden. Die weniger alltägliche Hardware – Smart-Glasses und Assistenz- und Monitoringsysteme – werden an geeigneter Stelle besprochen. Die weit überwiegend auf Smartphones und Tablets der Pflegekräfte zum Einsatz kommende Software ist zumeist speziell auf den Einsatz in Pflegediensten und -einrichtungen zugeschnittene „Branchensoftware“ mit unterschiedlichen Funktionen. Diese Softwarelösungen bilden den Kern der digitalen Erfassung, Kommunikation, Verarbeitung und Nutzung von Informationen und Daten im Rahmen primärer Pflegeprozesse und erfordern eine umfangreichere Diskussion.

(a) Digitale Pflegedokumentationssysteme

Die Pflegedokumentation spielt im Pflegeprozess eine zentrale Rolle, wenn es um die Erfassung, Kommunikation, Verarbeitung und Nutzung pflegerelevanter Informationen und Daten geht. Sie umfasst standardmäßig die Pflegeversichertenstammdaten,¹⁷¹ eine Erfassung der pflegerelevanten Daten und Informationen über den Gesundheitszustand, Krankheiten, Pflegebedarf, Ressourcen und Fähigkeiten der zu pflegenden Person (Pflegeanamnese), eine Aufstellung der kurz- und langfristigen Pflegeziele und -maßnahmen (Pflegeplanung) sowie eine regelmäßige Überprüfung und Anpassung der Pflegeziele und -maßnahmen basierend auf dem Zustand bzw. Zustandsveränderungen der zu pflegenden Person, eine Dokumentation aller erbrachten Pflegeleistungen sowie besondere Vorkommnisse (z. B. Stürze), Dokumentationen von inhaltlich wichtigen Gesprächen mit dem Pflegeempfangenden und An- und Zugehörigen und last but not least eine Dokumentation aller notwendig gewordenen Interaktionen des Pflegeempfan-

170 Vgl. hierzu die Kapitel 6.1. bis 6.4.

171 D. h. den Namen, das Geburtsdatum, die Adresse, die An- und Zugehörigen, und den/die gesetzliche Vertreter:in der zu pflegenden Person.

genden mit anderen Akteuren des Gesundheitssystems, inklusive Diagnosen und Behandlungsberichten. Die Pflegedokumentation ist allerdings nicht nur ausgesprochen komplex, sie dient auch der Erreichung wichtiger Ziele. Sie ermöglicht eine transparente Darstellung des gesamten Pflegeprozesses und der dabei erbrachten Leistungen, dient der Qualitätssicherung und -weiterentwicklung und ist ein zentrales Dokument, wenn es um die Überprüfung eines Pflegedienstes oder einer Pflegeeinrichtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) geht. Die Pflegedokumentation ist zudem ein zentrales Kommunikationsmittel zwischen Pflegekräften (etwa bei einer Dienstübergabe) und zwischen Pflegediensten und -einrichtungen und anderen Akteuren des Gesundheitssystems. Das eine papierbasierte, handschriftliche Pflegedokumentation, an der viele Personen mit einem unterschiedlichem Zugang zu dem, was überhaupt dokumentiert werden muss, schnell unübersichtlich und unstrukturiert wird, ist leicht vorstellbar. Der Gesetzgeber reagierte daher 2015 mit dem sog. Strukturmodell der Pflegedokumentation. Neben den Versichertenstammdaten, der Pflegeanamnese und der grundlegenden Pflegeplanung müssen bei Befolgung dieses Modells nur noch dann Eintragungen vorgenommen werden, wenn von der Pflegeplanung abweichende Ereignisse eintreten und zusätzliche Leistungen notwendig werden.

Wenn es um die Digitalisierung der Pflegedokumentation geht, dann liegt der große Vorteil des Strukturmodells in der namensgebenden Strukturiertheit, die sich leicht in eine entsprechende Pflegedokumentationssoftware überführen lässt. Mithilfe eines Smartphones oder eines Tablets lassen sich die grundlegenden Angaben des Strukturmodells gemeinsam mit der zu pflegenden Person und ggf. An- und Zugehörigen ausfüllen. Die Pflegeplanung lässt sich, soweit sie keine ungewöhnlichen Inhalte hat, z. B. per Drag-and-Drop-Verfahren erledigen, da die wichtigsten Elemente standardisiert bereits in die Software integriert sind. Da anschließend nur noch Abweichungen von der Pflege- und Maßnahmenplanung dokumentiert werden müssen, kann das ebenfalls per Drag and Drop, per Texteingabe oder sogar mittels Spracheingabe erfolgen.

Der Vorteil einer digitalen Pflegedokumentation liegt aber nicht nur in der Ermöglichung von Zeitersparnissen oder in ihrer Übersichtlichkeit. Ein weiterer Vorteil liegt darin, dass sie mit einer Vielzahl anderer Digitalisierungstechnologien im Bereich der primären Pflegeprozesse verbunden werden kann und auch eine Verbindung mit sekundären Pflegeprozessen technisch unproblematisch ist.

(b) Digitale Pflege- und Maßnahmenplanung

Bevor das Strukturmodell der Pflegedokumentation zum Standard wurde und verschiedene Modelle der Pflegedokumentation der Entwicklung einer einheitlichen Dokumentationssoftware im Wege standen, existierten Softwarelösungen zur Pflege- und Maßnahmenplanung als „interne Digitalisierungsinself“. Verwendet ein Pflegedienst oder eine Pflegeeinrichtung eine digitale Pflegedokumentation, ist die Pflege- und Maßnahmenplanung regelmäßig implementiert. Da allerdings nicht alle Pflegedienste und -einrichtungen eine digitale Pflegedokumentation verwenden, sind die angesprochenen Digitalisierungsinself zum Teil noch im Einsatz. Der Einsatz digitaler Pflegedokumentationen ist bereits erläutert worden, die Digitalisierung erleichtert auch das Einfügen von Standardelementen der Pflege- und Maßnahmenplanung.

(c) Digitale Übergabe bzw. digitales Übergabebuch

Bei jedem Personalwechsel ist die Durchführung einer Dienstübergabe notwendig, um die ihren Dienst beginnende Pflegekraft über Besonderheiten, Veränderungen oder Ereignisse in Bezug auf die zu pflegenden Personen aufzuklären. Analog kann das mündlich geschehen oder die ihren Dienst beginnende Pflegekraft bezieht die notwendigen Informationen aus den Pflegedokumentationen der von ihr zu pflegenden Personen oder aus einem handschriftlichen Übergabebuch. Bei einer digitalen Übergabe können die Informationen über zu pflegende Personen von berechtigten Pflegekräften auf deutlich einfachere Weise aus einer entsprechenden Software ausgelesen werden. Auch ein digitales Übergabebuch kann als „Digitalisierungsinself“ lediglich Übergabeberichte enthalten, Übergabebücher sind aber standardmäßiger Teil einer digitalen Pflegedokumentation, in die relevante Abweichungen vom Pflege- und Maßnahmenplan eingetragen werden müssen und zusätzlich auch weitere Notizen schriftlich oder per Spracheingabe eingetragen werden können.

(d) Digitales Medikamentenmanagement

Das Medikamentenmanagement beginnt mit der pflegeeinrichtungs- bzw. -dienstexternen Ausstellung von Medikamentenrezepten sowie der Bestellung und Bereitstellung der Medikamente in einer oder mehreren Apotheken. Pflegeeinrichtungs- bzw. -dienstinterne Prozesse beginnen mit der Abholung bzw. dem Transport von Medikamenten und der Erfassung und Lagerung der Medikamente. Der nächste Schritt ist die Abholung, Sortie-

rung, Dosierung und Bereitstellung der Medikamente für die Pflegeempfangenden auf Grundlage der vorliegenden Medikationspläne. Es folgt, zumeist mehrfach am Tag, die Verabreichung der korrekten Medikamente, zur richtigen Uhrzeit, in der richtigen Dosierung an die richtigen Pflegeempfangenden. Ein „geschlossenes“ digitales Medikamentenmanagement beginnt mit der digitalen Erfassung der Rezepte und ist auch mit den Lieferapotheken digital vernetzt. Dennoch kann auch ohne die externe Vernetzung ein digitales Medikamentenmanagement hilfreich sein. Die Abholung von Medikamenten aus dem Lager durch Pflegekräfte kann digital erfasst werden, sodass auch der Medikamentenbestand stets digital ausgelesen werden kann. Wenn das System auch erfasst, für welche Pflegeempfangenden welche Medikamente in welcher Menge abgeholt worden sind, herrscht Transparenz über die Medikamentenausgabe. Das System kann zusätzlich an die Zeitpunkte der Medikamentenverabreichung erinnern und auf Wechselwirkungen aufmerksam machen. Idealerweise ist auch das digitale Medikamentenmanagement mit der digitalen Pflegedokumentation verbunden, sodass Pflegekräfte stets Zugriff auf die Medikamentenabgabe gemäß der Pflege- und Maßnahmenplanung haben, Veränderungen des Medikationsplans vermerken sowie auf beobachtete Unverträglichkeiten oder Nebenwirkungen aufmerksam machen und Veränderungen der Medikation anregen können.

(e) Digitales Ordnungsmanagement

Weil viele der damit einhergehenden Prozesse pflegedienst- bzw. pflegeeinrichtungsextern anfallen, ist das Management ärztlicher Verordnungen von Heil- und Hilfsmitteln für Pflegedienste ein komplexer und bislang von Fraktionen geprägter Bereich. Bei verordneten Heilmitteln geht es hauptsächlich um die ärztlich verordnete Leistungserbringung anderer Gesundheitsakteure (Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden, u.s.w.). In stationären Pflegeeinrichtungen finden die Dienstleistungen der anderen Gesundheitsakteure zum Teil im Pflegesetting, d.h. in der Pflegeeinrichtung statt, müssen aber dennoch aufwändig geplant werden. Noch mehr Planungsaufwand ist notwendig, wenn die zu pflegenden Personen die Leistungen nur in den Praxen der externen Leistungserbringer empfangen können. Auch bei ambulanten Pflegediensten können die Dienstleistungen der verschiedenen Leistungserbringer in der Wohnung der Pflegeempfangenden erbracht werden. Wenn das allerdings nicht möglich ist, muss unter Umständen bei der Organisation eines Fahrdienstes und ggf. der Mobilisierung der Pflegeempfangenden geholfen und die Einsatzplanung des Pflegedienstes an die Termine mit anderen Leistungserbringern angepasst werden. Hilfsmittel

dienen zum Teil der Unterstützung der Pflegekräfte im Bereich primärer Pflegeprozesse, teilweise unterstützen sie aber auch Pflegeempfangende ohne Anwesenheit einer Pflegekraft. Es handelt sich dabei beispielsweise um Rollstühle, Rollatoren, Dekubitus-Matratzen, Inkontinenzhilfen oder Kompressionsstrümpfe. Ein digitales Verordnungsmanagement von Hilfsmitteln könnte grundsätzlich relativ einfach zu handhaben sein, da bei vielen Hilfsmitteln kein tägliches Tätigwerden von Pflegekräften notwendig ist und auch die Lagerhaltung weniger komplex ausfällt als bei Medikamenten. Das Management verordneter Heilmittel könnte ebenfalls relativ einfach gehandhabt werden, indem die Zeitpunkte der Einsätze von Heilmittelerbringern mit der digitalen Dienst- und Einsatzplanung bzw. Dienst- und Tourenplanung verbunden werden. Ein digitales Verordnungsmanagement von Heil- und Hilfsmitteln scheitert jedoch bislang daran, dass es hochgradig ineffizient organisiert ist. Wird beispielsweise einer ambulant gepflegten Person eine Heilmittelbehandlung ärztlich verordnet, geschieht das anders als beim e-Rezept noch auf dem herkömmlichen Weg. Eine Arztpraxis stellt die Verordnung in Papierform aus. Die zu pflegende Person übergibt die Verordnung seinem/ihrer ambulanten Pflegedienst. Der Pflegedienst überprüft die Verordnung und nimmt im besten Falle direkt Kontakt zum Leistungserbringer bzw. zur Leistungserbringerin der Heilmittelverordnung auf. Ist die Verordnung hingegen fehlerhaft, ist der Pflegedienst gezwungen, möglichst frühzeitig Kontakt mit der Arztpraxis zwecks Ausstellung einer korrekten Verordnung aufzunehmen, denn Kranken- bzw. Pflegekassen akzeptieren Verordnungen spätestens bis zum dritten Arbeitstag nach der Erstaussstellung. Die Verordnung muss anschließend per Post an die Krankenkasse versendet werden, die ebenfalls per Post die Verordnung genehmigt – oder nicht, sodass eine neue Verordnung eingeholt werden muss. Das Verfahren für Hilfsmittel ist ebenso aufwendig. Dieser Verordnungsweg kann Pflegekräfte für viele Stunden binden und verhindert zudem die Erbringung der notwendigen Leistungen an den Pflegeempfangenden. Erst ab Juli 2026 soll diese ineffiziente Vorgehensweise durch die Einführung der elektronischen Verordnung abgelöst werden.

(f) Digitale Wunddokumentation

Auch heute noch erfolgt die Wunddokumentation häufig in Papierform. Sie enthält Ursache und Ort der Wunde, Angaben zur Größe und Form der Wunde, Angaben zur Veränderung der Wunde im Zeitablauf, ärztliche Einschätzungen zur Wunde und zur Wundbehandlung und ggf. noch weitere Angaben. Eine digitale Wunddokumentation kann als „Digitalisierungsin-

sel“ mithilfe eines Smartphones (mit geeigneter Kamera) und App durchgeführt werden. Hierbei werden Fotos der Wunde mit den üblichen Angaben einer Wunddokumentation verknüpft, wobei Messdaten zur Größe und Form der Wunde auch automatisch aus der Fotodokumentation abgeleitet und in die Wunddokumentation übernommen werden können. Auch die Wunddokumentation kann mit der digitalen Pflegedokumentation verknüpft werden, sodass entsprechende Informationen für alle zuständigen Pflegekräfte vorliegen. Die Notwendigkeit ärztlicher Einschätzungen verweist zudem bereits darauf, dass eine pflegeeinrichtungs- bzw. -dienstübergreifende Verwendung der digitalen Wunddokumentation über eine Vernetzung mit der zuständigen Arztpraxis große Vorteile mit sich bringen würde.

(g) Digitale Tourenbegleiter

Für ambulante Pflegedienste sind die Optimierung von Wegezeiten zu den verschiedenen Pflegeempfängern und die damit einhergehende Minimierung des Kraftstoffverbrauchs wichtige wirtschaftliche Zielgrößen. Diese Ziele sind jedoch kein Bestandteil der primären Pflegeprozesse. Doch auch für Letztere sind digitale Tourenbegleiter wichtig. Mit einem digitalen Navigationssystem ausgestattet, das auch Verkehrsbehinderungen berücksichtigt und die wahrscheinlich schnellste Route berechnet, erhöht sich die Wahrscheinlichkeit, dass Pflegekräfte pünktlich und entspannter die Pflegeempfänger erreichen, sodass mehr Zeit für die Pflege bleibt, Pflegeempfänger Wartzeiten erspart bleiben und die Medikamentenverabreichung pünktlich erfolgt. Zudem können digitale Tourenbegleiter Zusatzfunktionen enthalten, etwa eine automatische Versendung von Textnachrichten an Pflegeempfangende über vermutliche Ankunftszeiten und Verspätungen. Eine Verbindung mit der digitalen Pflegedokumentation führt dazu, dass Tourenbegleiter zusätzlich alle wichtigen Informationen über die zu pflegenden Personen enthalten. Ihr volles Potential entfalten sie jedoch, wenn sie mit dem sekundären Pflegeprozess der Personal- und Einsatzplanung verbunden sind, sodass alle Einsatzorte der „Touren“ automatisch in die Tourenbegleiter der Pflegekräfte eingespeist werden.

(h) Kommunikationstools

Im Regelfall enthalten Smartphones und Tablets der Pflegekräfte alle telefonischen Kontaktdaten zu Kolleg:innen der verschiedenen Funktionsbereiche einer Pflegeeinrichtung bzw. eines Pflegedienstes, sodass eine Kommunikation mittels Telefon oder Kurznachrichten stets möglich ist. Kommuni-

kationstools können zusätzlich Informationen zur aktuellen Erreichbarkeit der Kolleg:innen und in Verbindung mit digitalen Tourenbegleitern auch über ihren derzeitigen Standort enthalten. Neben üblichen Kurznachrichtendiensten kann auch ein Messengerdienst enthalten sein, über den zum Beispiel wichtige Informationen der Pflegedienstleitung an alle Pflegekräfte versendet werden können. Eine weitere Möglichkeit der internen Kommunikation sind Tools, die Videokonferenzen ermöglichen, z.B. um mit mehreren Kolleg:innen über das Vorgehen bei Veränderungen der Situation eines bzw. einer Pflegeempfangenden zu beraten. Videokonferenzen erlauben es zudem, Pflegefallkonferenzen ortsunabhängig durchzuführen.

(i) Wearables

Wearables, wie Smartwatches oder Fitnessarmbänder, ermöglichen die automatische Übertragung der Vitalparameter von Pflegeempfangenden an ein Primärsystem der Pflegedienstleitung, von wo aus problematische Veränderungen als Nachricht per Messenger oder Kurznachrichtendienst an die Smartphones und Tablets der Pflegekräfte weitergeleitet werden können, um Notfalleinsätze zu ermöglichen – falls die Werte nicht die Kontaktierung einer Arztpraxis oder eines Rettungsdienstes erfordern. Wird der Einsatz von Pflegekräften notwendig, können die Daten des Notfalleinsatzes direkt in der digitalen Dienst- und Tourenplanung berücksichtigt werden und in Verbindung mit dem digitalen Tourenbegleiter zu einer Veränderung der Einsatzrouten der entsprechenden Pflegekräfte genutzt werden. In Kombination mit der digitalen Pflegedokumentation können die Vitalwerte auch ohne besorgniserregende Veränderungen automatisch in die Dokumentation eingespeist werden.

(j) Haushaltsüberwachungssysteme

Ähnlich wie bei Wearables, können automatisch an die Pflegedienstleitung übermittelte Daten verschiedener Mess- und Sensorsysteme in der Wohnung eines Pflegeempfangenden einen Notfalleinsatz von Pflegekräften auslösen. Die zum Einsatz kommenden Messgeräte können Daten erfassen, die über Wearables regelmäßig nicht erfasst werden, z.B. die Sauerstoffsättigung des Blutes oder den Blutzuckerspiegel. In den Bereich der Sensorsysteme fallen Sturzmatten (die z.B. Stürze aus dem Bett erkennen), Epilepsie-Sensoren oder Inkontinenz-Sensoren. Aber auch eher indirekt auf eine denkbare Notfallsituation hinweisende Sensoren sind möglich, z.B. Überschwemmungsmelder im Badezimmer oder an den Heizungen der zu pflegenden Personen

angebrachte Wärmesensoren, die erkennen lassen, ob Pflegeempfangende ihre Heizungen angeschaltet haben.

(k) Smart Glasses

Smart-Glasses werden in der Pflege bislang nur als Prototypen eingesetzt, sind aber auch keine reine Zukunftstechnologie mehr bzw. existieren bereits in anderen Zusammenhängen. Ähnlich wie bei Smartphones und Tablets dienen sie dazu, Pflegekräften wichtige Informationen anzuzeigen. Ihr Vorteil liegt darin, dass Pflegekräfte die Informationen erhalten und zugleich beide Hände benutzen können. Diese Funktionen sind bereits verfügbar, aber noch von begrenztem Nutzen. Künftig sollen Smart-Glasses aber z.B. auch Pflegeverrichtungen erkennen und automatisch dokumentieren können, sodass eine manuelle oder sprachliche Eingabe nicht mehr notwendig ist. In der Erprobung ist auch ihr Einsatz als Entscheidungsunterstützungssystem. Hierbei führen individuelle Daten von Pflegeempfangenden und visuelle Daten im Zusammenspiel mit Qualitätsstandards zu eingeblendeten Handlungsvorschlägen, die Pflegekräfte unterstützen. Wie bei vielen anderen dargestellten Technologien, kann bei den angedachten Verwendungsmöglichkeiten von Smart Glasses eine Verbindung mit digitalen Pflegedokumentationen besonders nutzenstiftend sein.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass eine Vielzahl von Digitalisierungstechnologien existiert, die den primären Pflegeprozess unterstützen und auf diese Weise zu einer Erhöhung der Arbeitsproduktivität, einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen und zu einer Erhöhung der Pflegequalität beitragen können. Das Herzstück dieser Technologien ist die digitale Pflegedokumentation. So gut wie alle dargestellten Pflegetechnologien können ihr gesamtes Potential erst entfalten, wenn sie keine Digitalisierungsin-seln mehr sind, sondern integraler Bestandteil der digitalen Dokumentation. Umgekehrt ist der Mehrwert der digitalen Pflegedokumentation umso höher, je mehr zusätzliche Digitalisierungstechnologien mit ihr verbunden sind und automatisch Daten zuliefern. Dennoch würde selbst in diesem Idealfall das Potential digital integrierter Pflegeprozesse nur zum Teil ausgeschöpft. Ein voll integriertes Primärsystem von Pflegeeinrichtungen und -diensten liegt erst dann vor, wenn eine Verbindung zu den sekundären Prozessen der Pflege hergestellt wird. Welche Digitalisierungstechnologien in diesem Bereich vorhanden sind und inwieweit sie mit primären Pflegeprozessen verbunden werden können, wird im nächsten Abschnitt besprochen.

5.1.2. Digitalisierungstechnologien im Bereich sekundärer Pflegeprozesse

In den Bereich der sekundären Pflegeprozesse fallen alle Verwaltungstätigkeiten innerhalb einer Pflegeeinrichtung oder eines Pflegedienstes, bei denen es ohne Vernetzung mit primären Pflegeprozessen in keiner Phase zu einem direkten Kontakt mit Pflegeempfangenden kommt. Es handelt sich um organisatorische, planerische, rechnerische, statistische oder evaluierende Tätigkeiten. Auch diese Tätigkeiten beinhalten zu einem großen Teil die Erfassung, Kommunikation, Verarbeitung und Nutzung relevanter Informationen und Daten. Diese Tätigkeiten wurden einstmals rein analog durchgeführt, aber die Digitalisierung der sekundären Pflegeprozesse setzte früher ein als die der primären Pflegeprozesse. Sie begann mit der „Computerisierung“ in den 1980er Jahren und dem Aufkommen von verwaltungsunterstützender Software, auch wenn vermutlich erst die Einführung der Sozialen Pflegeversicherung zu einer Durchdringung der Pflegeeinrichtungen und -dienste mit Verwaltungssoftware führte.¹⁷² Auch im Bereich der sekundären Pflegeprozesse kommen Digitalisierungstechnologien zum Einsatz, die sich in Hard- und Software untergliedern lassen. Die zum Einsatz kommende Hardware entspricht mehr noch als bei den primären Pflegeprozessen alltäglichen digitalen Gebrauchsgegenständen: Desktop PCs, Laptops und mobile Endgeräte. Die zum Einsatz kommende Software ist speziell auf den Einsatz in Pflegediensten und -einrichtungen zugeschnittene „Branchensoftware“ mit unterschiedlichen Funktionen, die im Folgenden dargestellt werden.

(a) Pflegeverwaltungssysteme

Diese grundlegenden Verwaltungssysteme von Pflegeeinrichtungen und -diensten entsprechen prinzipiell den in Arztpraxen (Praxisverwaltungssysteme, PVS), Zahnarztpraxen (Zahnarztpraxisverwaltungssysteme, ZVS), Krankenhäusern (Krankenhausinformationssysteme, KIS) oder Apotheken (Apothekenverwaltungssysteme, AVS) zum Einsatz kommenden Primärsystemen. Dass es bislang, anders als bei den genannten Gesundheitsakteuren, keine tatsächliche Bezeichnung der Primärsysteme von Pflegeeinrichtungen und -diensten gibt, zeigt bereits, dass diese – in der Pflege häufig als erstes – eingeführten Digitalisierungstechnologien häufig technisch überholte „Digitalisierungsinseln“ sind, die dem Management grundlegender Daten von Pflegeempfangenden, der Arbeitszeiterfassung von Pflegekräften und/oder

172 Es existieren keine Studien, die den Einsatz von Computern und Verwaltungssoftware in Pflegeeinrichtungen und -diensten in dieser Zeit untersucht haben. Es liegt aber nahe, dass die wettbewerbliche Ausrichtung des Marktes der Pflegeanbieter in dieser Zeit Anreize für eine forcierte Modernisierung der Verwaltung gesetzt hat.

der Abrechnung von Leistungen mit den Kostenträgern dienen. Daten müssen zumeist noch per Handeingabe eingefügt werden, weil eine Interoperabilität mit neueren Digitalisierungstechnologien nicht gegeben und eine Vernetzung und Automatisierung der Datenerfassung nicht möglich ist. Für eine Abstimmung mit anderen eingesetzten Digitalisierungstechnologien ist daher oft ein aufwändiger und kostspieliger Systemwechsel notwendig. Er ist allerdings aufgrund der Vielzahl von Vernetzungsmöglichkeiten wirtschaftlich sinnvoll – wenn die betroffenen Pflegeeinrichtungen und -dienste zur Finanzierung in der Lage sind und genügend Personalressourcen zur Verfügung stehen, um den organisatorischen Aufwand bei laufendem Betrieb zu bewältigen und zeitaufwändige Schulungen durchzuführen.

(b) Digitale Dienst- und Einsatzplanung bzw. Dienst- und Tourenplanung

Die Aufstellung eines Dienst- und Einsatzplanes (stationäre Pflege) bzw. einer Dienst- und Tourenplanung (ambulante Pflegedienste) ist ein ausgesprochen komplexer Prozess. Ausgehend vom vorhandenen Personalstamm, der verschiedenen Qualifikationen und der unterschiedlich vereinbarten Wochenarbeitszeiten müssen bei der Aufstellung solcher Pläne eine Vielzahl von Variablen berücksichtigt werden.

- Bei jedem Pflegeeinsatz muss je nach durchzuführenden Tätigkeiten die notwendige Qualifikation der zuständigen Pflegekraft bzw. die qualifikatorische Personalmischung bei mehreren zuständigen Pflegekräften bedacht werden,
- Es muss berücksichtigt werden, dass Pflegeempfangende eine ständige Veränderung der für sie zuständigen Pflegekräfte kritisch sehen bzw. es muss auf eine bestimmte Kontinuität der eingesetzten Pflegekräfte geachtet werden.
- Es muss berücksichtigt werden, welche Pflegekräfte aufgrund von Urlaub, Freizeitausgleich, Teilnahme an einer Schulungsmaßnahme oder Krankmeldung ausfallen. Zudem haben Pflegekräfte unter Umständen aus privaten Gründen einen Einsatz zu bestimmten Zeiten ausgeschlossen oder zumindest einen solchen Wunsch geäußert.
- Es muss berücksichtigt werden, welche Pflegekräfte zurzeit über einen Rufbereitschaftsdienst kontaktiert werden können.
- Notwendige Ruhezeiten der Pflegekräfte sind zu berücksichtigen.
- Wie wirkt sich ein bestimmter Einsatz- bzw. Dienstplan auf die Stundenkonten der Pflegekräfte aus? Bestehen möglicherweise künftig umfangreiche Ansprüche auf Freizeitausgleich?

- Jede Veränderung, sei es auf Seiten der zur Verfügung stehenden Pflegekräfte, sei es durch unvorhersehbare Mehraufwendungen im Bereich der Pflege, erfordert eine Anpassung bzw. Fortschreibung des Plans.
- Zumeist wird in aufeinanderfolgenden Schichten gearbeitet, sodass die Schichtfolgen optimiert werden müssen.
- Auch wirtschaftliche Überlegungen müssen bei der Planerstellung berücksichtigt werden. Wie viele Zuschläge für Überstunden, Einspringen für Kolleg:innen, Wochenend- und Nachtdienste fallen an, wie wirtschaftlich sind bei ambulanten Pflegediensten die Wegezeiten einer bestimmten Dienst- und Tourenplanung?
- Und nicht zuletzt: Welchen Einfluss hat ein bestimmter Dienst- und Einsatz- bzw. Dienst- und Tourenplan auf die Zufriedenheit der Pflegekräfte? Welche Wunschzeiten können nicht verwirklicht werden und wie oft war das schon der Fall? Wie oft mussten bestimmte Pflegekräfte bereits für abwesende Pflegekräfte einspringen?

Eine teilautomatisierte Planerstellung und Planfortschreibung mittels einer entsprechenden Softwarelösung erleichtert diese Abstimmungsprozesse offensichtlich enorm. Zumeist schlägt eine solche Software mehrere Pläne für eine Woche oder einen Monat vor, aus denen dann unter Berücksichtigung der Mitarbeitendenpräferenzen und der Präferenzen der Dienststellen- und Pflegedienstleitung ein Plan ausgewählt werden kann. Möglich ist es auch, einzelne Schichten per Drag and Drop zu tauschen, der Dienstplan wird automatisch aktualisiert. Bei ambulanten Pflegediensten ist eine Verbindung mit dem bereits besprochenen digitalen Tourenbegleiter sinnvoll und in Branchensoftwarelösungen auch standardmäßig verfügbar. Zudem ist eine Verbindung mit weiteren Digitalisierungstechnologien sinnvoll, die im Folgenden noch diskutiert werden.

(c) Digitale Zeiterfassung

Die – gesetzlich vorgeschriebene – elektronische Zeiterfassung der Pflegekräfte ist in stationären Pflegeeinrichtungen einfach über ein Kartenterminal möglich. Eine Verbindung mit Zeitkonten der Mitarbeitenden, auf die diese selbst Zugriff haben, ist sinnvoll. Für die ambulante Pflege existieren Softwarelösungen in Form von Apps, die auf den Smartphones oder Tablets der Mitarbeitenden laufen. Pflegekräfte können hier Einsatz- und Pausenzeiten verbuchen. Sinnvoll ist es auch, Einsatzzeiten bei Pflegeempfangenden gesondert zu verbuchen, um Daten über die jeweilige Einsatzdauer zu gewinnen. Eine Verbindung mit der Dienst- und Tourenplanung macht eine

gesonderte Verbuchung der Einsatzzeiten notwendig, damit zum einen die Pflegedienstleitung im Bilde über die Plankonformität der Einsätze ist und zum anderen eine ständige Planfortschreibung ermöglicht wird, z. B. bei verkehrsbedingten Verzögerungen der Einsatzdurchführung und zusätzlich notwendigen oder zeitaufwändigen Pflege- und Betreuungsleistungen während eines Einsatzes. In Verbindung mit GPS ist ständig überprüfbar, wo Pflegekräfte zurzeit im Einsatz sind bzw. wo sie sich gerade aufhalten. Das macht eine ständige Kontrolle der Pflegekräfte möglich, die sich sehr negativ auf die wahrgenommene Zeithetze und Arbeitsintensität und damit auf die Arbeitsbedingungen auswirken kann. Dienststellenleitungen und Pflegekräfte sollten daher gemeinsam Lösungen finden, die Kontrolllängste abzubauen, sonst gehen die Effizienzgewinne, die durch die teilautomatisierte Planfortschreibung ermöglicht werden, mit einer sehr direkten Verschlechterung der Arbeitsbedingungen einher, was den mit der Digitalisierung der Pflege angestrebten Zielen widerspricht. Zudem würde auf Seiten der Pflegekräfte die Akzeptanz von Digitalisierungstechnologien beschädigt. Abgesehen werden sollte aus den gleichen Gründen davon, dass bei Pflegeeinsätzen eine Stoppuhrfunktion die nach Plan zur Verfügung stehende Zeit anzeigt.

(d) Digitale Personalverwaltung

Eine vollständige Digitalisierung der Personalverwaltung ist in Verbindung mit der Digitalen Dienstplanung und Zeiterfassung möglich. Alle relevanten Daten können auf diese Weise automatisch in die Zeitkonten der Mitarbeitenden eingespeist werden. Insbesondere werden so auch alle Dienstzeiten erfasst, für die Zulagen gezahlt werden müssen, sodass auch Lohnabrechnungen aus dem System heraus erstellt werden können. Umgekehrt enthalten die Personaldaten auch Informationen über die jeweiligen Qualifikationen sowie über die Fort- und Weiterbildungen der Pflegekräfte, die in die digitale Dienstplanung eingespielt werden können.

(e) Digitale Leistungserfassung

Auch wenn eine digitale Leistungserfassung idealerweise mit einer digitalen Pflegedokumentation verbunden ist, aus der alle planmäßigen und außerplanmäßigen Pflegeleistungen, die bei Pflegeempfangenden erbracht werden, aufgeführt sind, ist eine digitale Leistungserfassung, z. B. weil keine digitale Pflegedokumentation verwendet wird, auch als digitale Insellösung möglich. Mithilfe einer App können aus einem Katalog pflegerischer Leis-

tungen die von Pflegekräften erbrachten Leistungen ausgewählt werden und unter Umständen kann auch noch die dafür aufgewendete Zeit vermerkt werden. Eine Verbindung mit der automatischen Zeiterfassung ist aus letzterem Grund sinnvoll. Sinnvoll ist zudem eine Kombination mit der digitalen Abrechnung erbrachter Pflegeleistungen mit Kostenträgern und Pflegeempfangenden, bei denen Zuzahlungen anfallen.

Exkurs

Was in der Theorie einfach klingt, scheitert allerdings zurzeit noch oft an der Realität. Während Pflege- und Betreuungsleistungen nach dem SGB XI zumindest theoretisch digital erfasst und abgerechnet werden können, gilt das für Leistungen der Behandlungspflege nach SGB V nicht. Hier wird ein handschriftlicher Leistungsnachweis verlangt, der per Post an eine der vielen verschiedenen Kostenträger (oder an einen vorgeschalteten Abrechnungsdienstleister) geschickt wird. Eine Zusage der Kostenübernahme oder eine Kürzung der aufgeführten Kosten wird per Post von den Krankenkassen an die Pflegedienste verschickt. Doch auch eine Abrechnung von Leistungen nach dem SGB XI ist digital, wenn überhaupt, nur unter erheblichen Schwierigkeiten möglich. Sie soll über die Telematikinfrastruktur ermöglicht werden, an die allerdings nur eine Minderheit der Pflegedienste und -einrichtungen angeschlossen ist. Allerdings soll ohnehin erst ab Dezember 2026 eine vollautomatisierte Abrechnung über die Telematikinfrastruktur möglich sein.¹⁷³

(f) Digitalisierte Abrechnung mit Kostenträgern und Überwachung von Zahlungseingängen

Pflegeeinrichtungen und -dienste sind, wie andere Betriebe auch, auf einen planbaren Cashflow angewiesen, um Liquiditätsschwierigkeiten abzuwenden oder überbrückend kostspielige Kredite aufnehmen zu müssen. Wie oben erläutert worden ist, wäre eine digitale Abrechnung mit den Kostenträgern technisch bereits jetzt möglich, scheitert aber zum einen daran, dass sich die Anbindung der Pflegedienste an die Telematikinfrastruktur immer weiter verzögert, zum anderen an halbgarer Übergangslösungen. Was zurzeit als Branchensoftware angeboten wird, ist die Verbindung einer digitalen Leistungserfassung mit von den verschiedenen Kostenträgern und Abrechnungsdienstleistern geforderten, jeweils unterschiedlichen Papierabrech-

¹⁷³ Vgl. hierzu o. V. (2023).

nungsformularen. D.h., die erfassten Leistungen werden automatisch in die Formulare der für die jeweiligen Pflegeempfangenden zuständigen Pflege- bzw. Krankenkassen oder Abrechnungsdienstleister übertragen. Sie müssen im Anschluss per Post verschickt werden.¹⁷⁴ Die Branchensoftware übernimmt zudem die Überwachung von Zahlungseingängen und die Versendung von Mahnbescheiden. Gegen Zahlungsverzögerungen ist aber auch diese „Lösung“ machtlos.

Dennoch liegt in der digitalen Leistungserfassung und -abrechnung ein erhebliches Potential, die Verwaltung von Pflegediensten und -einrichtungen zu vereinfachen und den Cashflow der Einrichtungen zu stabilisieren und übersichtlicher zu machen. Eine Verbindung mit der digitalen Pflegedokumentation macht das System nochmals effizienter. Ausgehend vom Status Quo dürften sich in der Verwaltung sowie auf Ebene der Dienststellenleitungen hohe Zeitersparnisse realisieren lassen.¹⁷⁵

(g) Pflegeberatung, digitale Angebotserstellung und digitaler Terminkalender

Die Pflegedienstleitung kann Termine für Pflegeberatungsgespräche und eine digitale Angebotserstellung automatisch in Terminkalender der Pflegefachkräfte einstellen. Idealerweise geschieht das in Verbindung mit der digitalen Dienstplanung, sodass die vereinbarten Termine sofort zu einer Fortschreibung der Dienst- und Einsatzplanung bzw. Dienst- und Tourenplanung führen. Die Angebotserstellung kann über eine entsprechende App auf Smartphones oder Tablets vorgenommen werden, aus der von der Pflegeversicherung finanzierte Leistungen sowie von zu pflegenden Personen selbst zu übernehmende Kosten bzw. Eigenanteile hervorgehen. Auf diese Weise

174 Die Ironie der von den Kostenträgern verlangten Formulare ist, dass diese in maschinenlesbarer Form ausgefüllt werden müssen. D.h. sie werden von den Kostenträgern in Papierform in Empfang genommen und im Anschluss digital erfasst. Die Kostenerstattungsbescheide werden von den Kostenträgern ausgedruckt und per Post an die Leistungserbringer verschickt, die im Anschluss daran die Informationen digital erfassen.

175 In dieser Studie spielen die Zeitersparnisse oder sonstige vorteilhafte Entwicklungen, die reine Verwaltungskräfte oder die Leitungsebene von Pflegediensten und -einrichtungen betreffen, keine Rolle, soweit es um Arbeitsbedingungen in der Pflege geht. In Bezug auf die Arbeitsbedingungen geht es allein um Pflegekräfte, zumal kein Personalmangel an Verwaltungskräften im Rechnungswesen herrscht. Indirekt können wirtschaftlich vorteilhafte Entwicklungen der Pflegedienste und -einrichtungen allerdings auch Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen von Pflegekräften haben, z. B. wenn sie Investitionen in andere Digitalisierungstechnologien, die zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen beitragen, ermöglichen.

lassen sich sehr einfach verschiedene „Pflegearrangements“ mit unterschiedlichen Kostenvoranschlägen für Pflegeempfangende erstellen. Kommt es nach Unterschrift der zu pflegenden Person zum Abschluss eines Pflegevertrags, gehen die gewählten Leistungen und ihr Umfang idealerweise direkt in die digitale Dienstplanung ein.

(h) Digitalisierte Abrechnung mit Pflegeempfangenden

Ein digitalisiertes Abrechnungssystem für die von Pflegeempfangenden zu bezahlenden Eigenanteile beginnt mit der digitalen Erstellung eines Leistungsnachweises, dessen Ursprung neben den im Kostenvoranschlag festgelegten Leistungen die digitale Leistungserfassung ist. Ein automatischer Abgleich mit dem Kostenvoranschlag lässt sofort erkennen, ob tatsächlich alle vereinbarten Leistungen erbracht worden sind, sodass fehlerhafte Leistungsnachweise und damit verbundene Auseinandersetzungen mit zu pflegenden Personen unterbleiben. Rechnungen und Mahnbescheide können automatisch erstellt werden und geleistete Zahlungsbeträge werden ebenso automatisch verbucht. Nicht selten sehen sich Pflegeempfangende nach einiger Zeit nicht mehr in der Lage, Eigenmittel aufzubringen, sodass über eine App Stornierungen einiger gebuchter Leistungen möglich sind. Auf der anderen Seite kann ein zunehmender Pflegebedarf auch zu einer Zubuchung führen. Stornierungen und Zubuchungen gehen bei einer Vernetzung mit der Dienst- und Einsatzplanung bzw. Dienst- und Tourenplanung direkt in diese ein und führen zu einer Planfortschreibung. Bei einer Vernetzung mit der digitalen Pflegedokumentation gehen sie auch in diese ein, da sie eine Veränderung der Pflege- und Maßnahmenplanung bedeuten.

(i) (Intensivierte) Digitalisierung des Controllings

In den meisten Pflegediensten und -einrichtungen wird das Controlling bereits jetzt rechnergestützt durchgeführt und ist in diesem Sinne bereits digitalisiert. Eine Intensivierung des Controllings liegt vor, wenn es mit verschiedenen Prozessen der (primären und sekundären) Pflege vernetzt wird, sodass relevante Informationen automatisch erfasst werden.

(j) Digitale Erfassung von Qualitätsindikatoren zur Qualitätskontrolle und qualitativen Weiterentwicklung der Pflege

Die Pflegequalität lässt sich anhand einer Vielzahl von Indikatoren messen. Wie häufig kommt es bei Pflegeempfangenden zu Druckgeschwüren? Wie

oft kommt es zu Stürzen? Wie häufig kommt es zu unnötigen Krankenhaus-einweisungen? Wie oft kommt es zu Verspätungen bei der Leistungserbringung? Haben sich die Alltagsaktivitäten der Pflegeempfangenden verbessert oder verschlechtert? Wie zufrieden sind die Pflegeempfangenden mit der Versorgung? Diese und viele andere Daten können, falls diese Technologie genutzt wird, zum Teil direkt aus der Pflegedokumentation hervorgehen. Zufriedenheitswerte können über eine App laufend erfasst werden. Diese Werte sind allerdings nur aussagekräftig, wenn es eine Art Benchmark gibt, d. h. die gemessenen Qualitätsindikatoren werden z. B. mit Zielvorgaben verglichen. Auch ein Vergleich der Indikatoren mit Werten der eigenen Einrichtung im Zeitablauf ist sinnvoll, um den Erfolg oder Misserfolg ergriffener Maßnahmen zu überprüfen. Es existieren mittlerweile Softwarelösungen, die sowohl die Messung von Qualitätsindikatoren als auch ein Benchmarking ermöglichen. Da jede Pflegeeinrichtung bzw. jeder Pflegedienst unterschiedlich ist, können diese Werte aber letztlich nur Hinweise liefern und es bleibt Aufgabe der Pflegefachkräfte, die richtigen Schlüsse daraus zu ziehen. Es handelt sich mithin um Entscheidungsunterstützungssysteme, deren größter Vorteil in der automatisierten Erfassung und transparenten Darstellung von Pflegequalitätsindikatoren liegt, die zum größten Teil aus Routinedaten der Pflegeprozesse abgeleitet werden können.

5.1.3. Vernetzung der primären und sekundären Pflegeprozesse

An vielen Stellen ist bereits benannt worden, dass erhebliche Digitalisierungsreserven besonders dann erschlossen werden können, wenn eine Vernetzung sekundärer Prozesse der Pflege mit primären Pflegeprozessen gelingt. Ein Bereich, in dem die Vorteile einer solchen Vernetzung potenziell groß sind, ist die Vernetzung der Digitalen Einsatz- und Tourenplanung mit den digitalen Tourenbegleitern der Pflegenden und der digitalen Pflegedokumentation. Pflegekräfte erhalten bei Dienstbeginn nicht nur die Adressen der zu pflegenden Personen nebst eines digital erstellten, optimalen Tourenplans, der auch Verkehrsbehinderungen und andere Informationen enthält. Sie erhalten zudem mit der digitalen Pflegedokumentation und einem digitalen Übergabebuch alle für die Dienst- bzw. Schichtübergabe notwendigen Informationen über die zu pflegenden Personen und können während der Tour die Pflegedokumentation ergänzen und wiederum zu einer optimalen Dienstübergabe beitragen. Eine weitere Verbindung mit einem sekundären Pflegeprozess, der digitalen Zeiterfassung, zeichnet die Arbeitszeit der Pflegekräfte auf und berechnet zugleich Zulagen, Zuschläge oder Freizeitausgleichszeiten. Eine Verbindung mit der Rufbereitschaft ermöglicht die so-

fortige Kontaktierung, wenn der fortgeschriebene Plan die Hinzuziehung einer weiteren Pflegekraft erforderlich macht. Gehen die Daten der Dienste und Touren automatisch in das betriebliche Controlling und die Messung von Qualitätsindikatoren ein, lassen sich weitere Pflegeprozesse optimieren. Wenn eine automatische Abrechnung der erbrachten Leistungen mit Kostenträgern möglich wird, kann auch diese automatisch auf Grundlage der digitalen Leistungserfassung erfolgen. Eine Vielzahl weiterer Vernetzungen und damit erzielbarer Effizienzzuwächse ist denkbar – insbesondere wenn auch eine Vernetzung mit anderen Leistungserbringern des Gesundheitssystems ermöglicht wird.

5.2. Einrichtungsübergreifende Informations- und Kommunikationstechnologien (Externe IKT)

Die Pflegedienst bzw. -einrichtungsübergreifenden Informations- und Kommunikationstechnologien werden häufig auf den Informationsaustausch und die Kommunikation mit anderen Leistungserbringern des Gesundheitssystems sowie Kostenträgern und den damit verbundenen Anschluss von Pflegediensten und -einrichtungen an die auf diese Kommunikation zugeschnittene Telematikinfrastruktur reduziert. Es gibt jedoch noch andere Bereiche der pflegedienst- bzw. -einrichtungsübergreifenden Kommunikation und des Austauschs von Informationen, die (bislang) keinen Bezug zur Telematikinfrastruktur aufweisen, aber für Pflegedienste und -einrichtungen dennoch bedeutend sind. Hinzu kommt, dass Pflegedienste und -einrichtungen mangels eines TI-Anschlusses in der Vergangenheit nach individuellen oder kollektiven Wegen gesucht haben, die intersektorale Kommunikation im Gesundheitswesen zu verbessern.¹⁷⁶ Bevor wir uns der Telematikinfrastruktur zuwenden, werden daher zunächst kurz andere Formen der pflegedienst- bzw. -einrichtungsübergreifenden IKT besprochen.

(a) Informelle und formelle lokale Netzwerke

Informelle lokale Netzwerke von Gesundheitsleistungserbringern liegen dann vor, wenn beispielsweise eine stationäre Pflegeeinrichtung basierend auf Absprachen mit lokalen Arztpraxen, Apotheken, Krankenhäusern und/oder anderen Pflegediensten und -einrichtungen versucht, verlässliche Kommunikationswege aufzubauen, den gegenseitigen Austausch von Informati-

176 Empirische Daten dazu finden sich in Abschnitt 6.4.

onen zu verbessern und den Weg von Leistungsempfangenden durch das Gesundheitssystem besser zu strukturieren. Es ist nicht bekannt, wie viele solcher Netzwerke existieren und welche Rolle Digitalisierung bei der Kooperation spielt. Diese Kooperationen hängen stark vom guten Willen und/oder den erzielten Effizienzgewinnen der beteiligten Akteure ab, denn eine Refinanzierung der dabei entstehenden Kosten über die Kostenträger ist regelmäßig nicht möglich.

Kooperieren Pflegeanbieter mit anderen Pflegeanbietern einer Region, geht es nicht unbedingt um den Austausch von Informationen über Pflegeempfangende, die z.B. von einer ambulanten in eine stationäre Versorgung wechseln, sondern zum Teil auch um den gegenseitigen Austausch von Pflegekräften, um temporäre Personalengpässe auszugleichen.¹⁷⁷ Eine Kooperation mit Arztpraxen kann eine verlässlichere Erreichbarkeit letzterer zum Gegenstand haben, aber auch eine Verstetigung der Visiten oder die Ermöglichung von Televisiten. Die Kooperation mit Krankenhäusern kann auf ein besseres Entlassungsmanagement zielen, umgekehrt können bei Krankenhauseinweisungen die von Pflegeanbietern bereitgestellten Informationen standardisiert und auf den Informationsbedarf der Krankenhäuser zugeschnitten werden. Die Kooperation mit Apotheken kann z.B. seitens der Pflegeanbieter eine Verbesserung der Logistik zum Gegenstand haben, während Apotheken von den Sammelbestellungen der Pflegeanbieter profitieren können. Der informelle Charakter der Kooperationen kann allerdings dazu führen, dass sehr schnell Unstimmigkeiten auftreten oder die Kooperation bei einem Wechsel der entscheidenden Personen zusammenbricht. Hinzu kommt, dass solche Kooperation möglicherweise Anforderungen des Datenschutzes nicht erfüllen.

Kollektive lokale Netzwerke sind hingegen im Regelfall keine rein informellen Kooperationen. Die „Pflege-Brücke Bereich Ulm“ ist beispielsweise als Verein organisiert.¹⁷⁸ Hier arbeiten Krankenhäuser, Arztpraxen, ambulante Pflegedienste und Sozialdienste zusammen, um ein besseres Entlassungsmanagement aus Krankenhäusern zu ermöglichen. Das kostenfreie Angebot ist so ausgestaltet, dass vermutlich nach ihrer Entlassung auf Pflege angewie-

177 Nach § 72 Abs.2 SGB XI ist es möglich, dass „insbesondere zur Sicherstellung einer quartiersnahen Unterstützung zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen, ein einheitlicher Versorgungsvertrag (Gesamtversorgungsvertrag) geschlossen“ wird. Ein dienstübergreifender Einsatz von Pflegekräften wird von 8 Prozent ambulanter Pflegedienste auf der Grundlage von Werkverträgen oder gemeinsamer Personalpools praktiziert, vgl. Hahnel u. a. (2022, S.69).

178 Vgl. Hahnel u. a. (2021, S.138).

sene Krankenhauspatienten beraten, notwendige Maßnahmen koordiniert und Leistungsangebote vermittelt werden, sodass eine Vernetzung mit den relevanten Gesundheitsversorgern hergestellt wird. Daneben gibt es sog. IV-Projekte nach § 140a SGB V. IV steht dabei für Integrierte Versorgung. Diese Projekte sind auf die Kooperation und Koordination verschiedener Leistungserbringer des Gesundheitssystems, inklusive Pflegediensten und -einrichtungen, ausgelegt. Sie fristen in Deutschland allerdings ein Schattendasein. So haben bereits 2013 der Bundesverband Privater Anbieter sozialer Dienste und der Hausärzterverband eine „Versorgungslandschaft Pflege“ vereinbart.¹⁷⁹ Teilnehmende Hausarztpraxen und Pflegeheime müssen sich dabei an einen Pflichtenkatalog halten, der inhaltlich z. B. regelmäßige Visiten der Hausärzte in Pflegeheimen, die medizinische Betreuung von Pflegeempfangenden außerhalb ärztlicher Sprechstunden, ein vorausplanendes Krisenmanagement und die frühzeitige Kontaktaufnahme zu Fachärzten zum Gegenstand haben kann. Viel gehört hat man seither nicht mehr von der Versorgungslandschaft Pflege, aber die Inhalte des vereinbarten Pflichtenkatalogs weisen ebenso wie die Existenz der „Pflege-Brücke Bereich Ulm“ auf einige der gravierenden Mängel intersektoraler Zusammenarbeit von Gesundheitsleistungserbringern im Pflegekontext hin.

(b) Nutzung von Pflegeplatzvermittlungsplattformen

Bereits in Kapitel 2 wurde geschildert, dass die Suche nach einem ambulanten Pflegedienst oder einer stationären Pflegeeinrichtung aufgrund kaum noch vorhandener Personalressourcen zunehmend schwierig wird. Aus diesem Grund existiert mittlerweile eine große Zahl von Pflegeplatzvermittlungsplattformen, die von Pflegekassen, Wohlfahrtsverbänden, Städten und Gemeinden und zum Teil auch von privaten Anbietern betrieben werden. Pflegedienste und -einrichtungen stehen in direktem Kontakt mit den Betreibern und koordinieren so das Angebot von Pflegeplätzen bzw. -aufträgen. Eine Teilautomatisierung der Koordination von Anfragen ist möglich, wenn vorhandene Ressourcen für bestimmte Pflegeintensitäten automatisch von Pflegeanbietern an die Vermittlungsplattformen gesendet werden. Wie häufig eine Teilautomatisierung des Angebots von Pflegeplätzen und -aufträgen bereits genutzt wird, ist jedoch nicht bekannt.

179 Vgl. Laschet (2013).

(c) **Netzwerkbildung mit gesundheitssystemexternen Berufsgruppen**

Mit gesundheitssystemexternen Berufsgruppen sind Leistungsanbieter gemeint, die pflegeunterstützende Tätigkeiten durchführen, aber nicht Teil des Gesundheitssystems sind. Das betrifft beispielsweise Friseur:innen, Haushaltshilfen, Putzhilfen oder Lebensmittelbringdienste. Eingeschlossen werden können auch Ehrenamtliche, die Pflegeempfangende z.B. bei einem Einkauf oder einem Spaziergang begleiten. Pflegedienste und -einrichtungen können hier relativ lose Netzwerke bilden, etwa im Rahmen einer Social-Media-Gruppe, oder sie können entsprechende Dienstleistungen vermitteln, was über Plattformdienste oder eine App möglich ist.

(d) **Kommunikation und Informationsaustausch mit An- und Zugehörigen**

Verschiedene Hersteller von Pflege-Branchensoftware bieten Apps an, mit deren Hilfe eine Kommunikation und ein Informationsaustausch mit An- und Zugehörigen ermöglicht wird. So ist es möglich, dass digitale Tourenbegleiter An- und Zugehörige über Ankunfts- und Abfahrtszeiten bei Pflegeempfangenden informieren. Auch eine Terminabstimmung mit Pflegediensten und -einrichtungen ist über eine solche App möglich. Natürlich sind solche Kontakte auch auf Wegen möglich, die weniger in die sonstige digitale Infrastruktur von Pflegeanbietern integriert sind, z. B. über E-Mails oder die Nutzung von Kurznachrichtendiensten.

(e) **Telematikinfrastruktur**

Die Kerntechnologie, die eine Vernetzung aller Akteure des Gesundheitswesens einschließlich der Pflege ermöglichen soll, ist die Telematikinfrastruktur (TI). Mit ihrer Hilfe können die verschiedenen Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen im Rahmen eines geschlossenen Netzes sektorenübergreifend medizinische Daten austauschen. Eine Anbindung an die TI ist für Arztpraxen, Zahnarztpraxen, Psychotherapeuten, Apotheken, Krankenhäuser und Medizinische Versorgungszentren bereits seit einigen Jahren Pflicht. Für andere Akteure des Gesundheitswesens, z. B. stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste, war bis Juni 2025 eine freiwillige Anbindung möglich. Seit dem 1. Juli 2025 ist eine Anbindung an die TI auch für Pflegeanbieter verpflichtend. Einige praktische Anwendungen der TI sind bereits flächendeckend im Einsatz, etwa die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) und das elektronische Rezept (e-Rezept). Ein direkter Austausch medizinischer Informationen zwischen Akteuren des Gesundheitswesens ist im Rahmen der TI über verschlüsselte E-Mails mithilfe

des Kommunikationsstandards „Kommunikation im Medizinwesen“ (KIM) möglich. Beispielsweise kann eine Facharztpraxis KIM nutzen, um Befunde oder Röntgenbilder datensicher an andere Arztpraxen oder Krankenhäuser zu versenden.

Doch auch wenn bereits ein großer Teil medizinischer Leistungserbringer an die TI angeschlossen ist,¹⁸⁰ ist sie selbst bei Weitem noch nicht im ange-dachten Umfang nutzbar und Leistungserbringer verhalten sich in Berei-chen, in denen eine Nutzung der TI nicht Pflicht ist, noch zurückhaltend. So nutzten zwar 2023 bereits 82 Prozent der Arztpraxen, 81 Prozent der Zahnarztpraxen und 50 Prozent der Krankenhäuser regelmäßig die KIM zur Übertragung medizinischer Informationen.¹⁸¹ Hierbei wurde aber haupt-sächlich auf digitalem Wege nur das übertragen, was Patientinnen und Pati-enten zuvor als Befund oder Röntgenbild in einem Umschlag ausgehändigt oder von Leistungserbringern per Fax an andere Leistungserbringer übertra-gen wurde. Im Reifezustand der Telematikinfrastruktur soll eine Vielzahl der von einem Leistungserbringer versendeten, standardisierten medizinischen Informationsobjekte (MIOs) und pflegerischer Informationsobjekte (PIOs) direkt in die Primärsysteme anderer Leistungserbringer eingespeist werden können. Gerade deshalb ist es so entscheidend, dass Pflegedienste und -ein-richtungen über ein Primärsystem verfügen, das eine automatische Einspei-sung standardisierter medizinischer und pflegerischer Informationsobjekte ermöglicht.

Zurzeit befinden sich viele standardisierte MIOs noch in der Entwick-lung.¹⁸² Bereits vorhandene MIOs, wie z.B. der elektronische Arztbrief (e-Arztbrief), werden noch bei weitem nicht flächendeckend genutzt.¹⁸³ Grund dafür ist, dass ein weiterer bedeutender Baustein der digitalen Gesund-

180 2023 waren 96 Prozent der Arztpraxen, 97 Prozent der Zahnarztpraxen, 99 Prozent der Apo-
theken, 98 Prozent der Krankenhäuser und 87 Prozent der Psychotherapiepraxen an die TI
angeschlossen, vgl. an der Heiden/Bernhard/Otten (2023, S.25).

181 Ebenda, S.27f.

182 Vgl. für einen Überblick über fertiggestellte und sich noch in der Entwicklung befindende
MIOs <https://mio.kbv.de/site/mio#> (Abruf an 10.02.2025).

183 Der e-Arztbrief wird direkt aus dem Praxisverwaltungssystem einer Sender-Arztpraxis ver-
schickt und kommt im Praxisverwaltungssystem der Empfänger-Arztpraxis an. Der e-Arzt-
brief wird von 36 Prozent der Arztpraxen, aber nur von 3 Prozent der Krankenhäuser regel-
mäßig genutzt, sodass von sektorübergreifender Nutzung noch nicht gesprochen werden
kann, vgl. an der Heiden/Bernhard/Otten (2023, S.29). Allerdings müssen die Primärsysteme
von Arztpraxen und Psychotherapeuten seit dem 1. März 2024 ein Softwaremodul zum Ver-
senden und Empfangen von e-Arztbriefen enthalten, sodass die Verwendung vermutlich deut-
lich zunehmen wird.

heitsökonomie noch beinahe durchgängig fehlt. Denn angestrebt wird, dass alle medizinischen Informationen nicht nur zwischen Leistungserbringern ausgetauscht werden können, sondern auch in den elektronischen Patientenakten (ePA) der gesetzlich und privat Krankenversicherten gespeichert werden. Das tun bislang z.B. nur 1 Prozent der Arztpraxen,¹⁸⁴ was vor allem daran liegt, dass viele Krankenversicherte noch nicht über eine ePA verfügen¹⁸⁵ – erst seit dem 15. Januar 2025 müssen Krankenkassen für jeden Versicherten eine ePA anlegen. Zurzeit wird der Einsatz der ePA allerdings nur in einigen Modellregionen getestet. Ein Regelbetrieb ist gegenwärtig ab dem 1.10.2025 geplant. Zudem gilt seither das „Opt-Out-Modell“, d.h. Krankenversicherte müssen aktiv widersprechen, wenn sie nicht wollen, dass bestimmte Informationen in der ePA gespeichert werden. Von dieser Regelung verspricht man sich eine wesentlich höhere Anzahl von Krankenversicherten mit einer elektronischen Patientenakte, als es beim zuvor verwendeten Opt-In-Modell der Fall war.

Die Vorteile einer Anbindung von Pflegediensten und -einrichtungen an die TI werden – wenn auch erst im Laufe der Zeit – potenziell groß sein. Bislang ist es beispielsweise so, dass das e-Rezept es zwar ermöglicht, dass Mitarbeitende von Pflegediensten und -einrichtungen nicht mehr gezwungen sind, Papierrezepte in verschiedenen Arztpraxen „einzusammeln“ und dann in Apotheken einzulösen. Sie müssen aber immer noch die Gesundheitskarten von Pflegeempfangenden „einsammeln“, um die Rezepte abholen zu können, was gerade für ambulante Pflegedienste mit einem erheblichen Aufwand verbunden ist. Künftig wird es möglich sein, dass Pflegedienste und -einrichtungen Arzneimittelverschreibungen von Arztpraxen über das KIM-Modul der Telematikinfrastruktur erhalten und über das gleiche Modul an Apotheken weiterleiten. Gleiches soll, wenn auch erst ab 2027, bei der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln möglich werden („e-Verordnung“) und das derzeitige, in Kapitel 5.1.1. geschilderte, hochgradig ineffiziente Verfahren ablösen. Die Abrechnungen mit Krankenkassen werden künftig rein digital erfolgen, was eine Verbindung mit der dienst- bzw. einrichtungsinternen digitalen Leistungserfassung ermöglicht. Das Entlassungsmanagement von Pflegeempfangenden nach einem Krankenhausaufenthalt soll künftig verpflichtend mit der Zusendung des medizinischen Informationsobjekts „KH-Entlassbrief“ an zuständige Pflegedienste und -einrichtungen verbun-

184 Vgl. an der Heiden/Bernhard/Otten (2023, S.31).

185 Im Juni 2023 nutzten 704.500 von über 74 Millionen Krankenversicherten eine ePA, vgl. Deutscher Bundestag (2023, S.2f.).

den werden. Gleiches gilt natürlich auch für die Einweisung eines Pflegeempfangenden ins Krankenhaus (MIO KH-Einweisung). Mit dem PIO „Überleitungsbogen“ existiert bereits das erste Pflegeinformationsobjekt, das vor allem beim Wechsel eines Pflegeempfangenden zwischen Pflegediensten bzw. -einrichtungen eingesetzt werden soll. Es enthält alle pflege- und versorgungsrelevanten Informationen über Pflegeempfangende. Die wichtigste Anwendung der TI ist auch für Pflegedienste und -einrichtungen die elektronische Patientenakte. Sie enthält künftig alle relevanten Gesundheitsinformationen einer zu pflegenden Person – von der Krankengeschichte über aktuelle Diagnosen bis hin zum aktuellen Medikationsplan. Die in der ePA enthaltenen Informationen können dann direkt in das Primärsystem von Pflegeanbietern eingespeist werden und einen großen Teil der Informationen liefern, die für die Erstellung eines Pflege- und Maßnahmenplans wichtig sind. Ein weiterer wichtiger Aspekt der Telematikinfrastruktur ist, dass die intersektorale Koordination und Kooperation verschiedener Leistungserbringer des Gesundheitssystems deutlich einfacher werden könnte. So könnten beispielsweise Vitalwerte von Pflegeempfangenden, die über Wearables erfasst werden und in das Primärsystem eines Pflegeanbieters eingespeist werden, an Arztpraxen übermittelt werden. Dort kann direkt über eine Intervention entschieden werden, die entweder durch Pflegekräfte selbst durchgeführt werden kann (z.B. eine veränderte Medikamentendosierung) oder zu einer persönlichen ärztlichen Visite führt. Denkbar ist in einem solchen Fall auch eine telemedizinische „Visite“, die ebenfalls durch die Telematikinfrastruktur ermöglicht werden soll.

Endpunkt einer vollständig funktionalen Telematikinfrastruktur soll dann (Ziel ist das Jahr 2030) ein „digitales Gesundheitsökosystem“ sein, in dem alle Gesundheitsprofessionen „über nutzenstiftende digitale Technologien und Anwendungen“ eng miteinander vernetzt sind. „Leistungserbringer, Kranken- und Pflegeversicherungen beziehungsweise weitere Kostenträger und industrielle Gesundheitswirtschaft arbeiten in einem digitalen (System) Hand in Hand und tauschen im Versorgungsprozess relevante Gesundheitsinformationen aus. Die digitale Vernetzung geht einher mit einer zunehmenden institutionellen Vernetzung der verschiedenen Akteure in Gesundheitswesen und Pflege, so dass partnerschaftliche Zusammenarbeit über Versorgungsbereiche und Professionen hinweg entstehen kann.“¹⁸⁶

186 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2023b, S.11).

Vom jetzigen Zeitpunkt aus gesehen, ist das ein sehr ambitioniertes Ziel. Um es zu erreichen, muss nicht nur die Telematikinfrastruktur technisch vollkommen ausgereift sein, die verschiedenen Gesundheitsakteure müssen auch zur partnerschaftlichen Zusammenarbeit bereit sein. Hinzu kommt aus Sicht der Pflegeanbieter, dass sie die Telematikinfrastruktur nur dann gewinnbringend nutzen können, wenn ihre technische Ausstattung das erlaubt. Gelingt eine Verbindung der vielen verschiedenen pflegedienst- bzw. einrichtungswirtschaftlichen Digitalisierungstechnologien mit den vielen verschiedenen Anwendungsmöglichkeiten der Telematikinfrastruktur, wären die dadurch ermöglichten Effizienzzuwächse vermutlich groß.

5.3. Technische Assistenzsysteme zur Unterstützung von Pflegekräften

Auch viele der bereits vorgestellten Digitalisierungstechnologien „assistieren“ Pflegekräften – man denke nur z.B. an den digitalen Tourenbegleiter. Die in diesem Teilkapitel vorgestellten Digitalisierungstechnologien unterscheiden sich von diesen Technologien darin, dass sie nicht in den Bereich der Informations- und Kommunikationstechnologien fallen bzw. eine Vernetzung nicht vorgesehen oder im Vergleich zu IKT-Technologien nur begrenzt sinnvoll ist.

(a) Pflegerobotik

Pflegerobotik wird zumeist differenziert in

- Service- und Transportrobotik (z.B. Roboter, die Mahlzeiten oder Wäsche transportieren, Reinigungsroboter),
- Pflege-nahe Robotik (z.B. „Personenlifter“, die eine Umlagerung von Patienten unterstützen, passive und aktive Exoskelette),
- Emotionsrobotik (Kuschelroboter, wie z.B. die Pflegerobbe Paro),
- Rehabilitationsrobotik (z.B. unterstützende Gehroboter) und
- Unterhaltungsrobotik (z.B. Roboter, die Pflegeempfangende mit Spielen oder anderen Angeboten relativ eigenständig unterhalten).

Viele robotische Systeme befinden sich noch in der Entwicklung oder sind Prototypen, die vereinzelt getestet werden. Da die Entwicklung robotischer Systeme zumeist ohne staatliche Förderung mangels klarem Absatzmarkt nicht finanzierbar ist, verlassen viele robotische Systeme den Status des Prototypen nie. Es steht daher die Forderung im Raum, die bisherige Förderung der Entwicklung von Pflegerobotern zu überdenken – „nicht im Sinne eines grundsätzlichen Stopps, sondern einer stärker auf Einsatzfähigkeit in der Praxis gerichteten Forschung und Entwicklung.“¹⁸⁷

Damit soll nicht gesagt sein, dass die bereits marktgängigen robotischen Systeme kein Potential zur Entlastung von Pflegekräften haben. Insbesondere Patientenlifter kommen nicht nur, wie noch gezeigt werden wird, als einziges robotisches System in nennenswertem Ausmaß in Pflegediensten und -einrichtungen zum Einsatz, ihre Entlastungswirkungen bei der Lagerung von Pflegeempfangenden sind groß. Wie in Kapitel 4 besprochen wurde, gehört das Heben und Tragen schwerer Lasten und das häufige Arbeiten in Zwangshaltung zu einem Bereich der Arbeitsbedingungen, in dem sich Pflegeberufe deutlich von den meisten anderen Berufen unterscheiden. Entsprechend sind Pflegekräfte besonders häufig von Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und von chronischen Schmerzen betroffen. Exoskelette erfüllen eine vergleichbare Funktion, nur müssen sie am Körper getragen werden. Über mechanische Systeme und Federungen (passive Exoskelette) oder mit Unterstützung durch kleine Motoren (aktive Exoskelette) können sie Pflegekräfte beim Heben und Tragen entlasten. Ihre positiven Auswirkungen auf das Muskel-Skelett System der Nutzer sind nachgewiesen, dazu müssen sie allerdings passgenau auf Pflegekräfte zugeschnitten sein oder manuelle Anpassungen ermöglichen.¹⁸⁸ Ihr Einsatz ist daher deutlich komplexer, als es bei Patientenliftern der Fall ist. Viele Modelle befinden sich noch in der Entwicklung, da sie aber neben der Pflege auch in anderen Wirtschaftsbereichen, in denen schwere körperliche Arbeit verrichtet wird, eingesetzt werden können und sie auch im Rehabilitationsbereich nützlich sind, lässt sich erwarten, dass die Produktqualität und der Tragekomfort in den nächsten Jahren zunehmen werden, denn es gibt einen mutmaßlich großen Markt für Exoskelette.

Nur: Personenlifter und Exoskelette sind sicher nicht das, was landläufig unter Pflegerobotern verstanden wird. Das gilt ganz sicher auch nicht für

187 Vgl. Weber (2021, S.43).

188 Vgl. Riemer/Wischniewski (2023).

Kuschelroboter, die einen beruhigenden Einfluss auf Pflegeempfangende haben können und auf diese Weise Pflegekräfte etwas entlasten. Gleiches lässt sich für die Unterhaltungsrobotik sagen, die wirkungsmäßig durch Tablets mit installierten Spielen oder gleich durch Spielkonsolen ersetzt werden kann, was auch häufig der Fall ist. Die Rehabilitationsrobotik hat sicher das Potential, rüstigen Pflegeempfangenden die Durchführung gesundheits-erhaltender oder -ausbauender Übungen zu erleichtern, sie ist aber – wie der Name nahe legt – eher auf jüngere Patienten in Rehabilitationseinrichtungen ausgelegt. Die Service- und Transportrobotik hat das Potential, Pflegekräfte bei einzelnen – eher in den Bereich der Hauswirtschaft fallenden – Tätigkeiten zu entlasten. Ob es sich dabei allerdings um Tätigkeiten handelt, die besonders prägend für die schlechten Arbeitsbedingungen in der Pflege sind, darf bezweifelt werden.

Bei den robotischen Systemen kommt hinzu, dass sie mit Ausnahme der Personenlifter, Exoskelette und Reinigungsroboter, hauptsächlich für den Einsatz im stationären Kontext geeignet sind und damit nur einen begrenzten Teil der Pflegekräfte erreichen. Das sieht bei pflegedienst- oder einrichtungs-internen und -externen Informations- und Kommunikationstechnologien ganz anders aus.

(b) Elektronische Pflegebetten und Mobilisierungs- bzw. Aufstehbetten

Die Funktion dieser technischen Assistenzsysteme muss sicher nicht umfangreich erläutert werden. Elektronische Pflegebetten sind z. B. höhenverstellbar, was bei der Pflege am Bett für Pflegekräfte ebenso unterstützend ist wie bei der Mobilisierung von Pflegeempfangenden. Bei Mobilisierungs- und Aufstehbetten lässt sich beispielsweise das Bettende in eine nach unten geneigte Position bringen, sodass Pflegeempfangenden ein Aufstehen erleichtert wird, was ebenfalls Pflegekräfte entlastet.

(c) Transferhilfen

In den Bereich der Transferhilfen fallen beispielsweise E-Rollstühle und E-Rollatoren. E-Rollatoren sind nicht nur eine Gehhilfe, sie sind regelmäßig auch mit einer Sitzfläche und einer Aufstehhilfe ausgestattet. Beide Systeme erleichtern die Arbeit von Pflegekräften, wenn Pflegeempfangende im stationären Kontext einen Ortswechsel vornehmen. In der ambulanten Pflege wird ein vergleichbarer Effekt erzielt, wenn Pflegekräfte beispielsweise einen Spaziergang oder einen Einkauf mit Pflegeempfangenden unternehmen.

(d) Sensorsysteme und Ortungssysteme zur Aktivitätserkennung

Unter Sensorsysteme fallen z.B. Sturzmatten, die Stürze von Pflegeempfängenden erkennen und einen Alarm auslösen. Pflegekräfte können hierdurch bei der Häufigkeit von Kontrollgängen entlastet werden, zudem ist eine schnelle Reaktion bei einem Sturzereignis möglich. Ein anderes System sind intelligente Matratzen mit Drucksensoren. Sie verändern automatisch die Liegeposition von Pflegeempfängenden und können so die Entstehung von Druckgeschwüren verhindern. Für Pflegekräfte wird so ein Teil der notwendigen Pflegeverrichtungen verringert. Türsensoren und Ortungssysteme dienen der Aktivitätserkennung von Pflegeempfängenden (z.B. bei einer Weglauftendenz), auch hierdurch können Pflegekräfte bei der Zahl notwendiger Kontrollgänge entlastet werden, auch entfällt das in größeren stationären Einrichtungen aufwändige „Suchen“ von Pflegeempfängenden.

(e) Raumausstattungssysteme

Automatische Rollläden ersparen Pflegekräften das morgendliche und abendliche öffnen und schließen von Rollläden. Automatische Lichtsysteme führen ebenfalls zu einer Einsparung von Tätigkeiten und verhindern zudem – wenn sie z.B. das Aufstehen eines Pflegeempfängenden aus dem Bett erkennen – Stürze. Auch elektrisch höhenverstellbare Toilettensitze und Waschbecken erleichtern die Pflegearbeit, gleiches gilt für elektrisch höhenverstellbare Möbel.

5.4. Technische Assistenzsysteme zur Unterstützung von Pflegeempfängenden

Auch wenn bei diesen Systemen Pflegeempfangende ohne Hinzuziehung von Pflegekräften unterstützt werden, führt eine höhere Selbständigkeit von Pflegeempfängenden zu einer Verringerung der Nachfrage nach professioneller Pflege und hat somit einen indirekten Einfluss auf die Bewältigung des Personal mangels der Pflegedienste und -einrichtungen. In diesen Bereich fallen ganz hauptsächlich Altersgerechte Assistenzsysteme für ein selbstbestimmtes Leben (AAL).¹⁸⁹

AAL sollen dazu beitragen, pflegebedürftigen Menschen unabhängig von der zusätzlichen Inanspruchnahme eines ambulanten Pflegedienstes ein län-

189 Zum Teil wird auch die Bezeichnung Ambient Assisted Living mit dem gleichen Akronym verwendet.

geres Verbleiben in der eigenen Häuslichkeit zu ermöglichen. Hierunter fallen einfache Technologien, wie z. B. ein Notrufknopf. Im engeren Sinne sind aber Technologien gemeint, die ein barrierefreies und sicheres Wohnumfeld gewährleisten. Viele der Technologien wurden bereits unter 5.3. erläutert. Die dort vorgestellten Bettsysteme lassen sich auch in der Häuslichkeit der zu pflegenden Personen nutzen. Sie fallen in den Bereich der medizinischen Hilfsmittel und können entsprechend auch von Pflegeempfangenden genutzt werden, die keinen Pflegedienst in Anspruch nehmen oder Pflegedienste für andere Leistungen nutzen. Automatische Rollläden und Lichtsysteme sind ebenfalls bereits erläutert worden und sorgen für mehr Sicherheit der Nutzer und assistieren bei der Durchführung von Tätigkeiten. Die bereits besprochenen E-Rollatoren unterstützen den selbständigen Einkauf und damit die Lebensführung. Treppenlifte ermöglichen den Verbleib in mehrgeschossigen Wohnungen. Zusätzlich zu den bereits erwähnten Notrufknöpfen sind auch andere Alarmsysteme möglich. Neben Sturzmatten gibt es auch Sensorsysteme, die den regelmäßigen Betrieb von Heizungen überwachen, das Überlaufen von Badewannen erkennen oder bemerken, wenn der Herd nicht abgeschaltet worden ist.

All diese Technologien und noch einige mehr können zweifellos den Verbleib in der eigenen Häuslichkeit unterstützen und verlängern, die Nachfrage nach Leistungen ambulanter Pflegedienste verringern und den Umzug in ein kostspieliges Pflegeheim hinauszögern oder ganz verhindern. Ein Problem der AAL-Technologien ist, dass sie kostspielig sind. Liegt ein Pflegegrad vor, könnten Pflegekassen als Kostenträger die Finanzierung übernehmen. Im Regelfall finanzieren sie jedoch lediglich den Hausnotrufknopf vollständig. Bei anderen „wohnumfeldverbessernden Maßnahmen“ ist es möglich, einen Zuschuss von Pflegekassen zu erhalten. Es müssen daher zu meist zusätzliche private Mittel aufgebracht werden, wozu Personen mit einem Pflegegrad oft nicht in der Lage sind. Alternativ können Krankenkassen die für die Anschaffung von AAL-Technologien anfallenden Kosten übernehmen, da es sich um medizinische Hilfsmittel handelt. Doch sind auch Krankenkassen bei Finanzierungszusagen sehr zurückhaltend. Das Potential von AAL-Technologien kann daher bislang kaum genutzt werden, was auch zur Folge hat, dass der indirekte Entlastungseffekt auf die Bewältigung des Personalmangels der Pflegedienste und -einrichtungen kaum stattfindet.¹⁹⁰

190 Vgl. hierzu Weber (2021).

6. Die Nutzung von Digitalisierungstechnologien in Pflegediensten und -einrichtungen

Erst seit Mitte der 2010er Jahre hat das wissenschaftliche Interesse am Einsatz von Digitalisierungstechnologien in Pflegediensten und -einrichtungen der Langzeitpflege deutlich zugenommen. Das hat vier Gründe.

- *Erstens* fokussierte sich das Interesse an digitalen Pflegetechnologien zuvor vor allem auf assistierende Technologien und hierbei oftmals auf Pflege-robotik und Altersgerechte Assistenzsysteme für ein selbstbestimmtes Leben. Die Fortschritte der Pflegerobotik waren allerdings seinerzeit noch geringer als heute und AAL-Technologien fanden aufgrund hoher Kosten nur eine geringe Verbreitung.
- *Zweitens* setzte Mitte der 2010er Jahre eine vermehrte Nutzung mobiler Endgeräte im Pflegealltag ein und der Fokus des Interesses verschob sich von der Pflegerobotik und AAL-Technologien hin zum Nutzen und praktischen Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien im Pflegebereich.
- *Drittens* entwickelte sich seit der Einführung des Strukturmodells der Pflegedokumentation 2015 und der damit verbundenen Vereinfachung und Standardisierung der Pflegedokumentation ein neuer Markt für Pflege-Branchensoftware mit einer Vielzahl von Funktionen, was ebenfalls zu einer Fokussierung des Interesses auf den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien in der Pflege beitrug.
- *Viertens* zielten Branchensoftwarelösungen auf eine offenbar vorhandene Bedarfslücke, sodass sich relativ schnell eine hinreichend große Nachfrage entwickelte, um auf dem Markt für Branchensoftware eine hohe Wettbewerbsintensität und damit verbunden eine stetige Weiterentwicklung der Produkte und der Produktvielfalt anzureizen.

Im Ergebnis nahm der Einsatz von Digitalisierungstechnologien in der Langzeitpflege deutlich zu, was zur Folge hatte, dass auch darauf ausgerichtete empirische Studien weitaus häufiger durchgeführt wurden. Dennoch weisen alle bislang vorhandenen empirischen Studien einen erheblichen Nachteil auf. Sie erfassen zwar den Digitalisierungsgrad von Pflegediensten und -einrichtungen, die Nutzung verschiedener Digitalisierungstechnologien, Hindernis- und Unterstützungsfaktoren der Digitalisierung und Effekte der Nutzung von digitaler Pflegetechnologien. Aber es liegt bislang noch keine Studie vor, die den Grad der pflegedienst- bzw. -einrichtungsinernen Vernetzung der verschiedenen Digitalisierungstechnologien untersucht hat. Es liegen daher keine Daten darüber vor, wie viele Pflegedienste und -einrichtungen bereits über eine Basisinfrastruktur verfügen, die eine Erschließung des Mehrwerts einer Anbindung dieser Pflegedienste und -einrichtungen an die Telematikinfrastruktur ermöglicht. Die vorhandenen Studien lassen aber immerhin qualifizierte Schlüsse darauf zu.

In den folgenden Abschnitten wird daher nicht nur die Nutzung von Digitalisierungstechnologien in Pflegediensten und -einrichtungen untersucht. Es wird zugleich der Versuch unternommen, aus den vorliegenden Daten abzuleiten, wie bereit Pflegedienste und -einrichtungen für eine mit einem Mehrwert verbundene Anbindung an die Telematikinfrastruktur sind.

6.1. Der Digitalisierungsgrad von Pflegediensten und -einrichtungen

Studien, die versuchen den Digitalisierungsgrad von Pflegediensten und -einrichtungen zu messen, weisen zwei wesentliche Nachteile auf. Zum einen veralten die Ergebnisse relativ schnell. Was vor sechs Jahren unter einem hohen Digitalisierungsgrad verstanden worden ist, unterscheidet sich von einer gleichlautenden Einschätzung im Jahr 2025. Zum anderen handelt es sich jeweils um eine von den jeweiligen Befragten vorgenommene, subjektive Einschätzung des Digitalisierungsgrades, also nicht um eine objektive Einschätzung auf Grundlage einer expliziten Definition der für die Messung des Digitalisierungsgrades entscheidenden Faktoren. Dennoch kann bezüglich des zweiten Nachteils davon ausgegangen werden, dass die Befragten zumindest bei den Einschätzungen eines hohen oder sehr hohen bzw. eines niedrigen oder sehr niedrigen Digitalisierungsgrades ungefähr wissen, wie es um die Digitalisierung ihrer jeweiligen Einrichtung bestellt ist. Das Problem, dass der technische Fortschritt im Zeitablauf dazu führt, dass mehrere

Jahre alte Einschätzungen eines bestimmten Digitalisierungsgrades nicht mehr auf Grundlage der gleichen Technologien vorgenommen wurden, die heute existieren, ist nicht aus der Welt zu schaffen. Dennoch geben die im Zeitablauf geäußerten Einschätzungen immerhin einen Hinweis darauf, ob die befragten Pflegedienste und -einrichtungen mit der Zeit gegangen sind. Denn wenn beispielsweise der Anteil von Einschätzungen eines hohen Digitalisierungsgrades im Zeitablauf deutlich zurückgeht, dann kann das bedeuten, dass im Zeitablauf hinzutretende neuere oder bessere Digitalisierungstechnologien (noch) nicht eingesetzt werden.

Eine frühe Einschätzung des Digitalisierungsgrades von Einrichtungen, in denen Pflege stattfindet, stammt von Kuhlmei u. a. (2019). Dabei wurde nicht zwischen Krankenhäusern, stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten unterschieden. Befragt wurden insgesamt 355 Pflegekräfte. Etwa ein Viertel der Befragten war in der Altenpflege tätig.¹⁹¹ Gefragt wurde nicht direkt nach dem Digitalisierungsgrad, sondern danach, ob die Einrichtungen der Befragten gut auf die Digitalisierung vorbereitet sind. Das Ausmaß der Vorbereitung bezieht sich aber auf die vorhandene digitale Infrastruktur in den befragten Einrichtungen und somit indirekt auch auf den Digitalisierungsgrad. 10 Prozent der Befragten hielten ihre Einrichtungen für vorbereitet, weitere 31 Prozent für eher vorbereitet. 20 Prozent hielten ihre Einrichtung für nicht vorbereitet und 39 Prozent für eher nicht vorbereitet.¹⁹² Nach Angaben der Autor:innen der Studie unterschieden sich die Ergebnisse nicht in Bezug auf die Art der Einrichtung, in der die Befragten beschäftigt waren.¹⁹³ Auch wenn sich die Einschätzungen nur indirekt als Ausmaß des Digitalisierungsgrades interpretieren lassen, weisen sie doch darauf hin, dass die befragten Pflegekräfte ihre Einrichtungen zum überwiegenden Teil bezüglich der bereits eingesetzten Digitalisierungstechnologien kein gutes Zeugnis ausstellten, denn eine geringe Vorbereitung auf Digitalisierung bedeutet letztlich, dass eine digitale Infrastruktur, auf der aufgebaut werden kann, zum Befragungszeitpunkt nur in einer deutlichen Minderheit der Pflegedienste und -einrichtungen vorhanden war.

Eine wesentlich aktuellere Studie, in der direkt nach dem Digitalisierungsgrad von Altenpflegeeinrichtungen gefragt wurde, legten Daum/Kolb (2022) vor, wobei die Datenerhebung 2021 stattfand. Die Studie weist allerdings das methodische Problem auf, dass nur Betriebsräte, Personalräte und Mitarbei-

191 Vgl. Kuhlmei u. a. (2019, S.9).

192 Ebenda, S.19.

193 Ebenda.

tendenvertreter befragt wurden, sodass private Pflegeanbieter unterrepräsentiert waren.¹⁹⁴ Es nahmen 220 Personen an der Befragung teil, 36,2 Prozent der Befragten (also 80 Personen) stammten aus dem Bereich der Altenpflege.¹⁹⁵ Die zur Einschätzung des Digitalisierungsgrades der eigenen Einrichtung gestellte Frage lautete: „*Allgemein betrachtet, wie schätzen Sie den Grad der Digitalisierung in der Pflegearbeit in Ihrer Einrichtung ein?*“.¹⁹⁶ Bei den Befragten aus der Altenpflege wurde nicht unterschieden, ob sie bei einem ambulanten Pflegedienst oder in einer stationären Pflegeeinrichtung beschäftigt waren. Die Antworten weisen darauf hin, dass es zu diesem Zeitpunkt kaum noch Altenpflegedienste bzw. -einrichtungen gab, die überhaupt nicht digitalisiert waren. Lediglich 4 Prozent der Befragten gaben an, in ihrer Einrichtung gebe es keinerlei Digitalisierung. Allerdings gaben 48 Prozent an, ihre Einrichtung sei in geringem Maß digitalisiert. Ein hohes Maß an Digitalisierung gaben 40 Prozent der Befragten an, aber ein sehr hohes Maß an Digitalisierung lag nach Einschätzung der Befragten in lediglich 5 Prozent der Altenpflegeeinrichtungen vor.¹⁹⁶ Was ein hohes oder sehr hohes Maß an Digitalisierung auszeichnet, ist letztlich eine subjektive Einschätzung der Befragten, sodass die Zahlen mit einer gewissen Vorsicht interpretiert werden sollten. Interessanterweise haben Daum/Kolb (2022) aber auch danach gefragt, ob es in den Einrichtungen der Befragungsteilnehmer:innen eine Digitalisierungsstrategie gibt. 17 Prozent der Befragten Altenpfleger:innen gaben an, dass eine Digitalisierungsstrategie für die ganze Einrichtung vorlag, in weiteren 35 Prozent der Einrichtungen lag eine Digitalisierungsstrategie für Teile der Einrichtung vor. In 28 Prozent der Einrichtungen gab es keine Digitalisierungsstrategie und ein großer Teil der Befragten (20 Prozent) konnte die Frage nicht beantworten.¹⁹⁷ Unter dem Blickwinkel, dass sowohl ein sehr hohes Digitalisierungsausmaß als auch eine Digitalisierungsstrategie für die ganze Einrichtung auf eine Integration primärer und sekundärer Pflegeprozesse und ggf. auf das Vorhandensein einer Basisinfrastruktur hinweisen können, lässt sich vorsichtig schätzen, dass 2021 5 bis 17 Prozent der Pflegedienste und -einrichtungen über eine Basisinfrastruktur verfügten oder sich zumindest auf dem Weg dahin befanden. Einschränkend muss aber darauf hingewiesen werden, dass aufgrund der Unterrepräsentation privater Pflegedienste und -einrichtungen nicht ausgeschlossen werden

194 Tatsächlich befanden sich nur 20 Prozent der Einrichtungen, in denen die Befragungsteilnehmenden beschäftigt waren, in privater Trägerschaft. Die Autoren machen keine Angaben zur Größe der Einrichtungen.

195 Vgl. Daum/Kolb (2022, S.2).

196 Ebenda, S.21.

197 Ebenda, S.22.

kann, dass die Bandbreite von 5 bis 17 Prozent eine Überschätzung ist. Zudem war die Anzahl der Befragten aus dem Bereich der Altenpflege sehr gering.

Die aktuellste Studie zur Einschätzung des Digitalisierungsgrades von Pflegediensten und -einrichtungen lieferten an der Heiden/Bernhard/Otten (2023). Ihre Studie ist nicht nur die jüngste – die Befragung wurde im Juni 2023 durchgeführt. Sie weist gegenüber den bereits diskutierten Studien zwei weitere Vorteile auf. Zum einen wurde der Digitalisierungsgrad von ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen getrennt erhoben. Zum anderen beruht sie auf einer repräsentativen Stichprobe. Insgesamt wurden 635 stationäre Pflegeeinrichtungen und 759 ambulante Pflegedienste befragt.¹⁹⁸ Leider fehlt eine Angabe dazu, wer in den Einrichtungen befragt wurde. Da schriftlich zu der Befragung eingeladen wurde, ist aber davon auszugehen, dass ganz überwiegend Personen mit Leitungsfunktion den Fragebogen beantworteten. Aufgrund des völlig anderen Studiendesigns ist es überraschend, dass sich die Ergebnisse sehr gut mit denen von Daum/Kolb (2022) decken. Lediglich 4 Prozent der ambulanten Pflegedienste und 3 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen gaben an, voll digitalisiert („soweit es geht“) zu sein. Weitere 12 Prozent der ambulanten Pflegedienste und 15 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen hielten ihren Stand der Digitalisierung für sehr fortgeschritten, 24 Prozent der ambulanten Pflegedienste und 28 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen für fortgeschritten. Einen teilweise fortgeschrittenen Digitalisierungsstand meldeten 29 Prozent der ambulanten Pflegedienste und 30 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen. 25 Prozent der ambulanten Pflegedienste und 21 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen gaben eine wenig fortgeschrittene Digitalisierung an, 5 Prozent der ambulanten Pflegedienste und 2 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen waren den Angaben der Befragten zufolge überhaupt nicht digitalisiert.¹⁹⁹ Davon ausgehend, dass eine Digitalisierung „soweit es geht“ in jedem Fall in einem Ausmaß fortgeschritten ist, dass von einer digitalen Integration der bei primären und sekundären Prozessen der Pflege anfallenden Daten ausgegangen werden kann, sodass in jedem Fall eine Basisinfrastruktur vorlag, traf das nur auf einen kleinen Bruchteil der Pflegedienste und -einrichtungen zu. Doch auch eine sehr weit fortgeschrittene Digitalisierung dürfte von einer starken Integration der pflegedienst- bzw. -einrichtungsinternen Daten geprägt sein. Unter diesen

198 an der Heiden/Bernhard/Otten (2023, S.22).

199 Ebenda, S.87.

Annahmen dürften 4 bis 16 Prozent der ambulanten Pflegedienste und 3 bis 18 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen 2023 mit hoher Wahrscheinlichkeit über eine Basisinfrastruktur verfügt haben. Pflegedienste und -einrichtungen mit einer fortgeschrittenen Digitalisierung befanden sich vermutlich zumindest auf dem Weg dahin. Doch selbst wenn man von der sehr optimistischen Annahme ausgeht, dass diese Einrichtungen allesamt mittlerweile über eine Basisinfrastruktur verfügen, dann muss man dennoch feststellen, dass 59 Prozent der ambulanten Pflegedienste und 53 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen 2023/2024 noch weit bis sehr weit vom Vorhandensein einer Basisinfrastruktur entfernt waren, sodass sie sich auch bei einer Anbindung an die Telematikinfrastruktur kaum oder überhaupt nicht in der Lage befunden hätten, ihre Dienste und Anwendungen so zu nutzen, dass damit ein Mehrwert verbunden gewesen wäre. Für die meisten dieser Einrichtungen war zum Befragungszeitpunkt aber wahrscheinlich nicht einmal eine Anbindung an die TI technisch möglich.

Positiv gewendet, könnte ein Vergleich der drei Studien darauf hinweisen, dass der Digitalisierungsgrad eines Teils der Pflegedienste und -einrichtungen stetig zunimmt. Negativ gewendet, wiesen 2023 über die Hälfte der Pflegedienste und -einrichtungen bei der Digitalisierung einen großen bis sehr großen Rückstand auf.

Weitere Hinweise darauf, wie weit Pflegedienste und -einrichtungen bei der Digitalisierung wirklich sind, können Studien liefern, die untersuchen, wie weit die Digitalisierung in den verschiedenen funktionalen Bereichen der Pflegedienste bzw. -einrichtungen fortgeschritten ist. Mit diesen Studien beschäftigt sich der folgende Abschnitt.

6.2. Der Digitalisierungsgrad verschiedener funktionaler Bereiche von Pflegediensten und -einrichtungen

Eine sehr genaue Bestandsaufnahme des Digitalisierungsgrades verschiedener Funktionsbereiche von Pflegediensten und -einrichtungen ist in der Studie von Braeseke u.a.(2020) zu finden. Die Befragung von Pflegediensten und -einrichtungen wurde von Dezember 2019 bis Januar 2020 durchgeführt. Es wurde dabei keine Stichprobe gezogen, sondern die Verbände der Leistungserbringer wurden um eine Weiterleitung der Umfrage an Pflegeanbieter gebeten. Anders als bei anderen Studien wurden dabei teilstationäre Pflegeeinrichtungen gesondert berücksichtigt. Um die Vergleichbarkeit

mit anderen Studien zu wahren und aus Gründen der Übersichtlichkeit werden hier jedoch größtenteils nur die Ergebnisse für ambulante Pflegedienste und vollstationäre Pflegeeinrichtungen besprochen. Den Pflegediensten und -einrichtungen wurden zwei Fragebögen zugeschickt, eine Kurzversion und eine Langversion. Insgesamt beantworteten 951 Pflegeanbieter die Kurzversion des Fragebogens, davon 400 ambulante Pflegedienste und 459 vollstationäre Einrichtungen. Die Langversion des Fragebogens wurde von 606 Pflegeanbietern beantwortet, davon 263 ambulante Pflegedienste und 290 vollstationäre Pflegeeinrichtungen.²⁰⁰ Leider enthält die Studie keine Angabe darüber, wer in den Pflegediensten und -einrichtungen die Langversion des Fragebogens ausgefüllt hat, aber es gibt eine entsprechende Angabe zur Kurzversion. Sie wurde sehr überwiegend (91,9 Prozent) von Personen mit Leitungsfunktion (Geschäftsführer, Vorstand, Einrichtungsleitung, Pflegedienstleitung) ausgefüllt. Es ist davon auszugehen, dass sich die Zusammensetzung der ausfüllenden Personen der Langversion davon nicht wesentlich unterschied.

Die direkteste Frage nach den Funktionsbereichen der Pflegedienste und -einrichtungen, die bereits komplett oder mehrheitlich digitalisiert sind, findet sich leider nur in der Langversion des Fragebogens. Jedoch dürfte auch hier die Zahl der befragten Pflegeanbieter groß genug sein, um von relativ aussagekräftigen Ergebnissen ausgehen zu können. Erwartungsgemäß zeigt sich, dass – jedenfalls zu diesem Zeitpunkt – eine ausgeprägtere Digitalisierung der sekundären Pflegeprozesse vorlag. 93,9 Prozent der vollstationären Pflegeeinrichtungen und 80,8 Prozent der ambulanten Pflegedienste gaben an, dass die Bereiche Rechnungswesen, Leistungsabrechnung und Statistik komplett oder mehrheitlich digitalisiert sind. Die Dienstplanung war nach Angaben der Befragten in 85,2 Prozent der vollstationären und 75,9 Prozent der ambulanten Pflegedienste mehrheitlich oder komplett digitalisiert, bei der Verwaltung zu pflegender Personen beliefen sich die Werte auf 73,7 Prozent (vollstationär) bzw. 56 Prozent (ambulant) und im Personalwesen auf 76,3 Prozent (vollstationär) bzw. 56,8 Prozent (ambulant). Eine Touren- und Einsatzplanung wurde nur bei ambulanten Pflegediensten erfasst, hier gaben 63,4 Prozent der Pflegedienste eine mehrheitliche oder komplette Digitalisierung an. Der Bereich Qualitätsmanagement war in 63,9 Prozent der vollstationären Pflegeeinrichtungen und 35 Prozent der ambulanten Pflegedienste mehrheitlich oder komplett digitalisiert. Eine mehrheitliche oder vollständige Digitalisierung des Informations- und Dokumentenmanage-

200 Braeseke u. a. (2020, S.30).

ments lag nach Angaben der Befragten in 38,7 Prozent der vollstationären Einrichtungen und 28,8 Prozent der ambulanten Pflegedienste vor.

Die Pflegeplanung und Pflegedokumentation als wichtigster Digitalisierungsbereich der primären Pflegeprozesse war in 80,9 Prozent der stationären, aber nur 32,8 Prozent der ambulanten Pflegedienste mehrheitlich oder komplett digitalisiert. Eine mehrheitlich oder komplette Digitalisierung der Zeiterfassung lag nach Angaben der Befragungsteilnehmer in 65,3 Prozent der vollstationären und 56,1 Prozent der ambulanten Pflegedienste vor. Die Wunderfassung und -dokumentation war in 78,9 Prozent der vollstationären Pflegeeinrichtungen, aber wiederum nur in 26,5 Prozent der ambulanten Pflegedienste mehrheitlich oder komplett digitalisiert.²⁰¹

Die Ergebnisse sind in zweifacher Hinsicht überraschend:

1. Im Vergleich zu den Ergebnissen der in Kapitel 6.1. vorgestellten Studien, die den gesamten Digitalisierungsgrad von Einrichtungen untersucht haben, scheint die Digitalisierung in vielen Funktionsbereichen der Pflege schon sehr viel weiter fortgeschritten zu sein, als man annehmen könnte. Eine plausible Erklärung für dieses Ergebnis könnte sein, dass in der Studie von Braeseke u. a. (2020) die Prozentwerte für eine mehrheitliche und eine komplette Digitalisierung zusammengefasst worden sind. Während eine komplette Digitalisierung eines Funktionsbereich keinen Auslegungsspielraum zulässt, trifft das auf eine mehrheitliche Digitalisierung sehr wohl zu. Mehrheitlich kann bedeuten, dass in einem Funktionsbereich 50,1 Prozent oder 99,9 Prozent der Prozesse digitalisiert sind, was ein gewaltiger Unterschied ist.
2. Die Digitalisierung war zum Befragungszeitpunkt in vollstationären Pflegeeinrichtungen deutlich weiter fortgeschritten als bei ambulanten Pflegediensten. Das ist deshalb überraschend, weil man annehmen könnte, dass die Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien für ambulante Pflegedienste weit vorteilhafter ist, denn die Organisation und Koordination der Leistungserbringung ist viel komplexer. Eine mögliche Erklärung für den großen Unterschied bei der Digitalisierung verschiedener Funktionsbereiche zwischen ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen könnte sein, dass ambulante Pflegedienste im Durchschnitt kleiner sind als vollstationäre Pflegeeinrichtungen.

201 Ebenda, S.56.

gen,²⁰² sodass erstens die Koordination relativ weniger Pflegekräfte nicht so komplex ist und zusätzlich kleinen Pflegediensten die Investition in Digitalisierungstechnologien schwerer fällt. Gegen diese Erklärung spricht allerdings, dass an der Befragung weit überwiegend ambulante Pflegedienste teilgenommen haben, die wenigstens eine mittlere Größe aufwiesen: 69 Prozent der Pflegedienste, die die Kurzversion des Fragebogens ausgefüllt haben, versorgten mehr als 90 Pflegeempfangende und nur 6 Prozent weniger als 30 zu pflegende Personen. In Bezug auf versorgte Pflegeempfangende waren die an der Umfrage teilnehmenden ambulanten Pflegedienste sogar etwas größer als die vollstationären Pflegeeinrichtungen.²⁰³

Die beiden überraschenden Ergebnisse müssen an dieser Stelle so hingenommen werden. Es existieren noch weitere Studien, die den Digitalisierungsgrad verschiedener Funktionsbereiche von Pflegediensten und -einrichtungen untersucht haben und vielleicht etwas Licht ins Dunkel bringen.

Auch in der bereits im letzten Teilkapitel vorgestellten Studie von Daum/Kolb (2022) (Befragungszeitpunkt: 2021) wurde der Digitalisierungsgrad verschiedener Funktionsbereiche von Pflegeanbietern untersucht. Leider wurden stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste in dieser Studie zusammengefasst, sodass die zweite der oben aufgeführten Überraschungen nicht weiter aufgeklärt werden kann. Anders sieht es bei der ersten Überraschung aus, denn bei den Antworten auf Fragen zum Digitalisierungsgrad der Funktionsbereiche wurde zwischen „vollständig digital“, „überwiegend digital“, „teilweise digital“ und „nicht digital“ unterschieden. Im Funktionsbereich Abrechnung/Rechnungswesen gaben 30,4 Prozent der in dieser Studie befragten Betriebs- und Personalräte sowie Mitarbeitendenvertreter von Altenpflegediensten und -einrichtungen eine vollständige Digitalisierung und 56,3 Prozent eine überwiegende Digitalisierung an. Zusammengefasst entspricht das ungefähr den Ergebnissen von Braeseke u. a. (2020). Es ist daher tatsächlich so, dass die Zusammenfassung von kompletter und mehrheitlicher Digitalisierung in der Studie von Braeseke u. a. (2020) den Digitalisierungsgrad höher erscheinen ließ, als er tatsächlich war. Im Bereich Abrechnung/Rechnungswesen war der Digitalisierungsgrad dennoch sehr hoch: Nur 7,2 Prozent der Befragten gaben eine teilweise und kein Befragter überhaupt keine Digitalisierung an. Auch in anderen Bereichen der

202 Vgl. hierzu Kapitel 6.5.3.

203 Braeseke u. a. (2020, S.34).

sekundären Pflegeprozesse war die Digitalisierung nach Angaben der Befragten relativ stark ausgeprägt. Die Allgemeine Verwaltung war zu jeweils 39,1 Prozent vollständig oder überwiegend digitalisiert, 15,9 Prozent der Befragten gaben eine teilweise und niemand keine Digitalisierung an. Die Dienstplanung wies sogar den stärksten Digitalisierungsgrad auf. 50 Prozent der Befragten nannten eine vollständige und 32,4 Prozent eine überwiegende Digitalisierung. Beim wichtigsten Bereich der primären Pflegeprozesse, der Pflegedokumentation und -planung, gaben 37,7 Prozent der Befragten eine vollständige und 30,4 Prozent eine überwiegende Digitalisierung an, was ebenfalls hohe Werte sind. In 7,2 Prozent der Pflegedienste und -einrichtungen gaben die Befragten hier keine Digitalisierung an, 21,7 Prozent meldeten eine teilweise Digitalisierung.²⁰⁴ Insgesamt war die Digitalisierung der verschiedenen Funktionsbereiche von Pflegeanbietern auch nach der Studie von Daum/Kolb (2022) zum Befragungszeitpunkt hoch. Ihre Studie weist jedoch, wie in Kapitel 6.1 bereits besprochen worden ist, das Problem auf, dass nur Betriebsräte, Personalräte und Mitarbeitendenvertreter befragt wurden, sodass private Pflegeanbieter unterrepräsentiert waren, da sie vergleichsweise selten über eine Form betrieblicher Mitbestimmung verfügen.

In der im gleichen Jahr erschienenen Studie (Befragungszeitraum: September bis Dezember 2021) von Evans u. a. (2022) wurde ebenfalls danach gefragt, wie digitalisiert verschiedene Funktionsbereiche der Pflege sind. Die Studie berücksichtigte nur Pflegedienste und -einrichtungen in Nordrhein-Westfalen. Dabei wurden 77 Führungskräfte von sowohl ambulanten Pflegediensten als auch stationären Pflegeeinrichtungen befragt, wobei die Ergebnisse der beiden Bereiche nicht getrennt wurden – was bei der geringen Zahl an Befragten auch wenig Sinn gemacht hätte. Angaben zur Größe der Einrichtungen wie auch viele andere methodische Angaben lassen sich der Studie leider nicht entnehmen.²⁰⁵ Anders als in den anderen Studien schätzten die Befragten den Digitalisierungsgrad der verschiedenen Funktionsbereiche der Pflegeanbieter auf einer Skala von 0 (fast ausschließlich klassisch) bis 10 (fast ausschließlich digital) ein. Man darf annehmen, dass mit „klassisch“ gemeint war, dass die Aufgabenerfüllung in den entsprechenden Bereichen ohne digitale Hilfsmittel erfolgte. Etwas bedauerlich ist, dass der höchste Wert 10 immer noch schwer interpretierbar ist, weil nicht klar ist, was genau „fast ausschließlich digital“ bedeutet. Bei den Durchschnittswerten

204 Vgl. Daum/Kolb (2022, S.66).

205 Das mag daran liegen, dass es sich nicht um den Abschluss-, sondern um einen Teilbericht eines Projektes handelt. Ein Abschlussbericht ist allerdings bislang nicht erschienen.

ten der eingeschätzten Digitalisierungsgrade standen die sekundären Pflegeprozesse wieder oben. Allgemeine Verwaltungstätigkeiten wurden mit 8,1 bewertet, die Pflegekräfte-Einsatzplanung mit 7,8. Das pflegerische Qualitätsmanagement erhielt mit 6,9 auch einen relativ hohen Wert. Anders als in den beiden zuvor diskutierten Studien, war die Bewertung der Pflegedokumentation mit 5,8 relativ gering. In der Studie wurde auch nach dem Digitalisierungsgrad der Kommunikation mit Kolleg:innen und Vorgesetzten gefragt. Dabei handelt es sich zwar um keinen Funktionsbereich, die Bewertung der Kommunikation gibt aber einen gewissen Einblick in die interne Vernetzung der Einrichtungen. Der hier angegebene Wert war mit 5,1 eher gering und wirft die Frage auf, auf welche Weise denn miteinander kommuniziert wurde, wenn Kolleg:innen oder Vorgesetzte sich nicht am gleichen Ort aufhielten. Die pflegerische Diagnostik erhielt den Wert 4,1, aber es ist unklar, was mit pflegerischer Diagnostik genau gemeint ist. Der Wert kann für Tätigkeiten der Pflegekräfte stehen, z. B. die Wunddokumentation. Dann war er im Vergleich zu den zuvor besprochenen Studien eher niedrig. Mit pflegerischer Diagnostik könnten aber auch ärztliche Diagnosen und damit beispielsweise die Nutzung von Televisiten gemeint sein. Dann wäre der Wert eher hoch. Die Grund- und Behandlungspflege erhielt einen Wert von 2,5.²⁰⁶ Auch hier wird leider nicht deutlich, was genau gemeint ist. Die meisten Tätigkeiten der Grund- und Behandlungspflege lassen sich nicht digitalisieren. Wenn in die Einschätzung die Nutzung von Patientenliftern, AAL-Technologien wie Mobilisierungsbetten und/oder die automatische Erfassung von Vitaldaten eingeflossen ist, dann ist der Wert sehr niedrig. Was sich aus den Einschätzungen der Führungskräfte letztlich ableiten lässt, ist erstens die stärkere Digitalisierung der sekundären im Vergleich zu den primären Pflegeprozessen – dieses Ergebnis entspricht dem der zuvor diskutierten Studien. Zweitens eine im Vergleich zu den zuvor diskutierten Studien eher niedrige Einschätzung des Digitalisierungsgrades der Pflegedokumentation. Und drittens, dass die interne Kommunikation mit Kolleg:innen oder Vorgesetzten zum Befragungszeitpunkt nicht sehr stark digitalisiert war.

Die jüngste Studie, die sich (unter anderem) mit dem Digitalisierungsgrad verschiedener Funktionsbereiche von Pflegediensten und -einrichtungen beschäftigt hat, ist die bereits in Kapitel 6.1. vorgestellte Studie von an der Heiden/Bernhard/Otten (2023) (Befragungszeitpunkt: Juni 2023). Ihre Ergebnisse beruhen, anders als bei den anderen vorgestellten Studien, auf der Befragung einer repräsentativen Stichprobe von Pflegeanbietern. Zudem

206 Evans u. a. (2022, S.10).

wurden die Ergebnisse für ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen getrennt ausgewiesen. Die Studie lässt, soviel sei vorweggesagt, Zweifel daran aufkommen, ob die oben aufgeführte, erste „Überraschung“ eines ausgesprochen hohen Digitalisierungsgrades vieler Funktionsbereiche von Pflegeanbietern, tatsächlich vorlag. Das liegt vielleicht daran, dass in dieser Studie bei den Antwortalternativen zum Digitalisierungsgrad eine Fünferskala statt einer Viererskala verwendet worden ist, sodass differenziertere Antworten möglich waren als in den Studien von Braeseke u. a. (2020) und Daum/Kolb (2022).²⁰⁷ Bei der Messung des Digitalisierungsgrades unterschied die Studie zwischen „komplett digital“, „mehrheitlich digital“, „halb digital/halb Papierform“, „mehrheitlich Papierform“ und „komplett Papierform“.

Wenn wir mit den sekundären Pflegeprozessen beginnen, so sind die Ergebnisse bereits hier vielschichtiger und hinsichtlich des Digitalisierungsgrades weit weniger positiv. Die Verwaltung war in jeweils nur 7 Prozent der ambulanten Pflegedienste und stationären Pflegeeinrichtungen komplett digital. Eine komplett digitale Verwaltung setzt voraus, dass eine Vernetzung mit den anderen Funktionsbereichen der Pflege besteht. Insofern kann davon ausgegangen werden, dass zum Befragungszeitpunkt mindestens 7 Prozent der Pflegeeinrichtungen in jedem Fall über eine Basisinfrastruktur verfügten, die eine Nutzung aller TI-Anwendungen und -dienste ermöglichte. In 45 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen, aber nur 30 Prozent der ambulanten Pflegedienste, war die Verwaltung mehrheitlich digital. Dieses Ergebnis – und noch viele der folgenden – bestätigen, dass ambulante Pflegedienste bei der Digitalisierung im Vergleich zu stationären Pflegeeinrichtungen im Durchschnitt tatsächlich zurücklagen. In 40 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen und 46 Prozent der ambulanten Pflegedienste erfolgte die Verwaltung noch halb in Papierform. Eine überwiegende Papierform lag in 7 Prozent der stationären Einrichtungen und 14 Prozent der ambulanten Pflegedienste vor, 2 Prozent der ambulanten Pflegedienste, aber keine stationäre Pflegeeinrichtung, benutzte im Verwaltungsbereich nur die Papierform. Der Bereich Rechnungswesen, Leistungsabrechnung und Statistik wies bei den stationären Pflegeeinrichtungen einen relativ hohen Digitalisierungsgrad auf, bei ambulanten Pflegediensten gab es hier noch deutlich

207 Ob Braeseke u. a. (2020) eine Viererskala genutzt haben, ist ihren Ergebnissen nicht zu entnehmen. Die sehr hohen Werte, die in vielen Funktionsbereichen von Pflegeanbietern bei einer Zusammenfassung der Kategorien „mehrheitlich digital“ und „komplett digital“ gemessen wurden, lassen aber darauf schließen, dass keine mittlere Einschätzung im Sinne von „halb digital/halb Papierform“ möglich war.

weniger Fortschritte. 29 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen waren hier vollständig und 46 Prozent überwiegend digitalisiert, hingegen waren nur 17 Prozent der ambulanten Pflegedienste vollständig und 37 Prozent überwiegend digitalisiert. Solche Unterschiede sind auch bei der Digitalisierung des Personalwesens vorhanden, wenn auch weniger stark ausgeprägt. 12 Prozent der stationären Einrichtungen meldeten hier eine vollständige, 40 Prozent eine überwiegende Digitalisierung. Bei den ambulanten Pflegediensten beliefen sich die entsprechenden Werte auf 11 bzw. 31 Prozent. Vergleichsweise stark digitalisiert waren die in dieser Studie zusammengefassten Bereiche Zeit- und Leistungserfassung und Dienstplanung. 40 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen gaben hier eine komplette, 36 Prozent eine mehrheitliche Digitalisierung an, bei den ambulanten Pflegediensten waren die Werte nur leicht niedriger: 37 Prozent der Pflegedienste geben eine komplette, 30 Prozent eine überwiegende Digitalisierung an. Das bedeutet allerdings auch, dass ein Drittel der Pflegedienste in einem Bereich, in dem schon seit vielen Jahren Branchensoftwarelösungen vorliegen, noch häufig die Papierform verwendeten; bei den stationären Pflegeeinrichtungen war es ein knappes Viertel. Wie auch bereits in den anderen Studien, zeigt sich der Bereich Informations- und Dokumentenmanagement als relativ gering digitalisiert. Das wird sich ändern müssen, wenn in Zukunft die elektronische Patientenakte genutzt werden soll. In jeweils 7 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegedienste war dieser Bereich komplett digitalisiert,²⁰⁸ in 22 Prozent der stationären Einrichtungen und 18 Prozent der Pflegedienste überwiegend. In 17 Prozent der stationären Einrichtungen erfolgte das Informations- und Dokumentenmanagement mehrheitlich und in 8 Prozent der Einrichtungen vollständig in Papierform. Die Vergleichswerte lagen bei ambulanten Pflegediensten mit 24 Prozent (überwiegend Papierform) und 12 Prozent (nur Papierform) noch deutlich höher. Das spricht dafür, dass eine Vernetzung der Verwaltung mit primären Pflegeprozessen in stationären Pflegeeinrichtungen häufig noch nicht stattfand, denn hier war der Digitalisierungsgrad der Pflegeplanung und -dokumentation ausgesprochen hoch. 22 Prozent der Pflegeeinrichtungen nannten hier eine komplette und 53 Prozent eine überwiegende Digitalisierung. Ganz anders sah es allerdings bei den ambulanten Pflegediensten aus. Hier meldeten bei der Pflegeplanung und -dokumentation nur 15 Prozent der Pflegedienste eine komplette und 24 Prozent eine überwiegende Digitalisierung. Hingegen erfolgte die Pflegeplanung und -dokumentation in 16 Prozent der Pfle-

208 Diese Werte entsprechen wohl nicht zufällig jenen für eine komplette Digitalisierung der Verwaltung.

gedienste mehrheitlich, in 13 Prozent der ambulanten Pflegedienste sogar komplett in Papierform.²⁰⁹

Zusammenfassend lässt sich mit Blick auf die verschiedenen Studien erstens sagen, dass vor allem stationäre Pflegeeinrichtungen bereits in vielen Bereichen weit größere Digitalisierungsfortschritte machen als ambulante Pflegedienste. Das könnte daran liegen, dass ambulante Pflegedienste im Durchschnitt kleinere Pflegeanbieter mit weniger Personal, Pflegeempfangenden und vor allem finanziellen Spielräumen für Investitionen sind. In der Studie von Braeseke u. a. (2020) konnte ein solcher Zusammenhang zwar nicht nachgewiesen werden, aber die Ergebnisse der Studie von an der Heiden/Bernhard/Otten (2023) beruhen auf einer repräsentativen Stichprobe und sind zudem aktueller. Zweitens liefern die Studien keine Informationen über die Vernetzung der verschiedenen Funktionsbereiche der Pflegeanbieter. Der Grad der Digitalisierung der verschiedenen Funktionsbereiche streut sehr stark, was eher für das Vorhandensein einer Vielzahl von „Digitalisierungsinself“ spricht. Auch der relativ geringe Digitalisierungsgrad des Bereichs Informations- und Dokumentenmanagement spricht eher für eine relativ geringe Vernetzung. Das trifft nach den Ergebnissen dieser Studie vor allem auf ambulante Pflegedienste zu, bei denen selbst die Pflegeplanung und -dokumentation sehr oft noch teilweise oder sogar vollständig in Papierform erfolgt. Komplett digital scheinen zumindest nach der Studie von an der Heiden/Bernhard/Otten (2023) lediglich 7 Prozent der Pflegeanbieter zu sein. Setzt man diesen Wert als Mindestmaß des Vorliegens einer vollständigen internen Vernetzung an und eine komplette Digitalisierung der Pflegeplanung- und Dokumentation als Obergrenze, dann kann bei stationären Einrichtungen davon ausgegangen werden, dass zwischen 7 und 22 Prozent der Einrichtungen 2023 über eine Basisinfrastruktur verfügten; bei ambulanten Pflegediensten lagen die entsprechenden Werte zwischen 7 und 15 Prozent. Dieses Ergebnis liegt sehr nahe bei den Schätzwerten des Vorliegens einer Basisinfrastruktur, die in Kapitel 6.1. aus den Angaben zum Digitalisierungsgrad von Pflegediensten und -einrichtungen abgeleitet wurde. Da aber in den allermeisten Fällen eine interne Vernetzung primärer und sekundärer Pflegeprozesse auch bei einer überwiegend digitalen Verwaltung möglich ist, könnte der „Potentialwert“ einer möglichen internen Vernetzung für stationäre Pflegeeinrichtungen weit höher liegen (52 Prozent), während er bei ambulanten Pflegediensten selbst unter dieser optimistischen Annahme nur bei 37 Prozent liegt. Das würde im Umkehrschluss bedeuten, dass mindes-

209 Vgl. an der Heiden/Bernhard/Otten (2023, S.89).

tens 48 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen und 63 Prozent der ambulanten Pflegedienste 2023 noch nicht über die Grundvoraussetzungen einer Basisinfrastruktur verfügten und sie daher – zumindest zum Zeitpunkt der Befragung – nicht in der Lage gewesen wären, aus einer TI-Anbindung einen positiven Nutzen zu ziehen.

Während eine Betrachtung des Digitalisierungsgrades verschiedener Funktionsbereiche von Pflegediensten und -einrichtungen einen tieferen Einblick in das Digitalisierungsgeschehen ermöglicht, kann dieser nochmals verfeinert werden, wenn untersucht wird, welche Digitalisierungstechnologien Pflegeanbieter überhaupt nutzen.

6.3. Nutzung spezifischer Digitalisierungstechnologien in Pflegediensten und -einrichtungen

Eine frühe Untersuchung der Nutzung zweier Digitalisierungstechnologien, die auf ambulante Pflegedienste zugeschnitten sind, stammt von Braeseke u. a. (2017). Bei dieser nicht repräsentativen Studie wurden 145 Pflegedienste über den Einsatz einer „Vernetzten Tourenplanung und Leistungsabrechnung“ und einer „Elektronischen Pflegedokumentation“ befragt. Nachteil der Studie ist, dass ihr nicht repräsentativer Charakter²¹⁰ es wahrscheinlich macht, dass überproportional viele ambulante Pflegedienste an der Studie teilnahmen, die eine oder beide der genannten Technologien bereits einsetzen oder sich zumindest mit ihren Vor- und Nachteilen beschäftigt hatten. So ist es vermutlich zu erklären, dass nach den Ergebnissen dieser Studie bereits 2017 71 Prozent der ambulanten Pflegedienste eine vernetzte Touren- und Einsatzplanung genutzt haben sollen.²¹¹ Die im letzten Kapitel besprochenen Studien lassen jedenfalls erhebliche Zweifel an diesem Ergebnis aufkommen. Auch die Nutzung einer elektronischen Pflegedokumentation durch 27 Prozent der ambulanten Pflegedienste dürfte für das Jahr 2017 ein zu hoher Wert sein.²¹²

In der bereits vorgestellten Studie von Braeseke u. a. (2020), die zwar ebenfalls nicht repräsentativ war, bei der aber zumindest eine deutlich höhere Zahl an Pflegediensten und -einrichtungen befragt worden ist, wurde nach

210 Pflegedienste wurden zum Teil über Anzeigen in Fachzeitschriften und zum Teil über E-Mails um eine Teilnahme an der Studie gebeten.

211 Vgl. Braeseke u. a. (2017, S.41).

212 Ebenda, S.56.

dem Einsatz verschiedener Digitalisierungstechnologien in unterschiedlichen Settings gefragt. Nach den Ergebnissen dieser Studie wurden einige Digitalisierungstechnologien zum Befragungszeitpunkt im Jahr 2019 bereits routinemäßig von Pflegeanbietern eingesetzt. Eine spezielle Software zur Organisation des Einsatzes von Pflegekräften (Touren- und Einsatzplanung, Dienstplanung, Zeiterfassung) setzten den Angaben der Befragten zufolge bereits 92,4 Prozent der vollstationären Einrichtungen und 73,9 Prozent der ambulanten Pflegedienste ein. Eine Software zur Verwaltung und Abrechnung kam den Befragungsteilnehmenden zufolge bereits flächendeckend zum Einsatz – in 97,5 Prozent der vollstationären Einrichtungen und 95 Prozent der ambulanten Pflegedienste. Mobile Endgeräte zur internen Kommunikation setzten 80,2 Prozent der ambulanten Pflegedienste und 40,2 Prozent der vollstationären Einrichtungen ein. Selbst eine externe Kommunikation mit anderen Leistungserbringern war nach Angaben dieser Studie 2019 keine Seltenheit mehr: 30,9 Prozent der ambulanten Pflegedienste und 36,7 Prozent der vollstationären Einrichtungen nutzten den Befragten zufolge „digitale Anwendungen“ wie Telemedizin und eine digitale Wunddokumentation zum Austausch mit Ärzten und Ärztinnen.²¹³ Was PflegeroBOTik und technische Assistenzsysteme betrifft, ist interessant, welche Technologien in stationären Einrichtungen eingesetzt wurden. Personenlifter und elektronische Pflegebetten standen mit fast 100 Prozent ganz oben, mit einigem Abstand gefolgt von Mobilisierungsbetten (58 Prozent), Transferhilfen (E-Rollstühle, E-Rollatoren) mit 50 Prozent und Sensormatten zur Sturz- und Aktivitätserkennung mit 43 Prozent. Am unteren Ende tummeln sich Technologien aus dem Bereich Robotik: Exoskelette (2 Prozent), automatische Transportsysteme für Wäsche etc. (1 Prozent), emotionale bzw. kuschelige Roboter (1 Prozent) und Assistenz-/Serviceroboter (0 Prozent).²¹⁴ Beim Einsatz technischer Lösungen in der ambulanten Pflege unterschied die Studie leider nur zwischen PKW-Navigationssystemen (53 Prozent), elektronischen Schließsystemen (17 Prozent) und Telecare (3 Prozent).²¹⁵ An anderer Stelle der Studie wurde allerdings nach dem Einsatz mobiler Endgeräte mit Branchensoftware gefragt – 73,9 Prozent der im ambulanten Innendienst und 70,3 Prozent der im ambulanten Außendienst beschäftigten Pflegekräfte nutzten den Angaben der Befragten solche Geräte.²¹⁶ Einige der Werte liegen so hoch, dass gewisse Zweifel an der Verlässlichkeit der Angaben nicht unangebracht sind.

213 Vgl. Braeseke u. a. (2020, S.39).

214 Ebenda, S.60.

215 Ebenda, S.58.

216 Ebenda, S.52.

Die ebenfalls bereits vorgestellte Studie von Daum/Kolb (2022) untersuchte den Einsatz von Pflegerobotik etwas genauer. Sozial interaktive Robotik wurde 2021 den Angaben der Befragten zufolge in 1,4 Prozent der Altenheime in einzelnen Bereichen eingesetzt. Bei der Unterhaltungs- und Interaktionsrobotik sah es leicht besser aus. Sie wurde den Befragungsteilnehmenden zufolge in 1,5 Prozent der Altenpflegeeinrichtungen in der gesamten Einrichtung eingesetzt; weitere 3 Prozent der Befragten gaben an, dieser Robotertyp werde in einzelnen Bereichen eingesetzt.²¹⁷ Insgesamt zeigt jedoch auch diese Studie den geringen Stellenwert der Pflegerobotik.

Auch in der repräsentativen Studie von an der Heiden/Bernhard/Otten (2023) wurde der Einsatz verschiedener Digitalisierungstechnologien in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen untersucht. Software für „Verwaltung bzw. Abrechnung“ wurde auch nach den Ergebnissen dieser Studie beinahe – aber nur beinahe – überall eingesetzt: 86 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen und 88 Prozent der ambulanten Pflegedienste nutzten sie. Mobile Endgeräte wurden erwartungsgemäß deutlich häufiger von ambulanten Pflegediensten (70 Prozent) als von stationären Pflegeeinrichtungen (45 Prozent) genutzt. Immerhin beinahe ein Drittel der ambulanten Pflegedienste nutzte keine mobilen Endgeräte, was heißt, dass weder ein digitaler Tourenbegleiter noch eine digitale Dokumentation – neben anderen Dingen – möglich waren. Eine spezielle Software zur Organisation nutzten 76 Prozent der ambulanten Pflegedienste und 57 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen. Interessanterweise sind die Ergebnisse in diesem Bereich genau umgekehrt zu den meisten zuvor referierten Ergebnissen, die stets eine stärkere Digitalisierung der stationären Pflege anzeigten. Erstaunlich hoch ist die Nutzung digitaler Patientenakten. Sie waren bei 48 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen und 30 Prozent der ambulanten Pflegedienste im Einsatz. Allerdings ist in der Studie die Frage nach der Nutzung digitaler Patientenakten so gestellt worden, dass auch das Vorhandensein der technischen Voraussetzungen für eine zukünftige Nutzung mitgezählt wurde.²¹⁸ Der aufgrund der geringen Verbreitung digitaler Patientenakten im Jahr 2023 theoretisch unmöglich hohe Nutzungsgrad durch Pflegeanbieter ist daher vermutlich darauf zurückzuführen, dass Pflegeanbieter lediglich technisch in der Lage waren eine elektronische Patientenakte

217 Vgl. Daum/Kolb (2022, S.65).

218 Die Frage lautete: „Welche digitalen Dienste bzw. Anwendungen oder Technologien nutzen Sie bereits in Ihrer Einrichtung (ggf. bereits im primären IT-System integriert)?“.

bzw. ePA auszulesen. Dennoch könnte an dieser Stelle ein Rätsel zumindest teilweise gelöst sein: Wie viele Pflegeanbieter verfügen über ein Primärsystem, dass eine Nutzung der Telematikinfrastruktur ermöglicht? Und wie viele nicht? Klar wäre dann, dass 70 Prozent der ambulanten Pflegedienste und 52 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen zum Befragungszeitpunkt im Juni 2023 nicht über ein solches System verfügten. Das Rätsel ist aber nur teilweise gelöst, weil das Vorhandensein einer Schnittstelle im Primärsystem, mit dem eine ePA ausgelesen werden kann, noch nicht bedeutet, dass das Primärsystem z.B. auch den automatischen Austausch von medizinischen oder pflegerischen Informationsobjekten mit anderen Leistungserbringern ermöglicht. Doch auch bezüglich dieses Teils des Rätsels liefert die Studie mehr als nur einen Anhaltspunkt: 20 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen und 16 Prozent der ambulanten Pflegedienste verfügten zum Befragungszeitpunkt über Anwendungen, die einen Austausch mit anderen Leistungserbringern ermöglichen. Diese Werte liegen nun tatsächlich sehr nah an den auf Grundlage des Digitalisierungsgrades von Einrichtung geschätzten Werten, wenn auch am oberen Rand bzw. knapp darüber. Dass das Vorhandensein einer Schnittstelle zur Telematikinfrastruktur nicht gleichbedeutend damit ist, alle ihre Anwendungen und Dienste nutzen zu können, wird zusätzlich noch an einer anderen Stelle der Studie deutlich: Nur 15 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen und 7 Prozent der ambulanten Pflegedienste verfügten über eine Ausstattung, die Videokonferenzen zwischen verschiedenen Leistungserbringern oder Telemedizin ermöglicht. Abgefragt wurde schließlich noch die Verbreitung von Sensortechnik: Nur 12 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen und 3 Prozent der ambulanten Pflegedienste nutzten sie.²¹⁹

Die letzte hier vorgestellte Studie von Remmert (2024) ist zwar nicht repräsentativ, aber die aktuellste, die zurzeit vorhanden ist. Zwischen Januar und März 2024 hat die Diakonie Deutschland 494 ihrer Pflegeeinrichtungen und -dienste zum Stand der Digitalisierung befragt. 54 Prozent der an der Befragung teilnehmenden Pflegeanbieter waren ambulante Pflegedienste, 39 Prozent stationäre und 7 Prozent teilstationäre Einrichtungen.²²⁰ Hierbei wurde unter anderem nach dem Einsatz verschiedener Digitalisierungstechnologien gefragt. Eine getrennte Auswertung ambulanter Pflegedienste, teilstationärer und stationärer Einrichtungen wurde dabei leider nicht vorgenommen. 85 Prozent der befragten Einrichtungen nutzten bereits die

219 Vgl. an der Heiden/Bernhard/Otten (2023, S.93).

220 Vgl. Remmert (2024, S.1).

elektronische Pflegedokumentation, bei 29 Prozent der Pflegeanbieter ist diese auch per Spracheingabe nutzbar. Eine digitale Einsatz- und Tourenplanung nutzten 67 Prozent der befragten Pflegeanbieter. An dieser Stelle ist es bedauerndswert, dass keine gesonderte Auswertung ambulanter Pflegedienste vorliegt, denn eine Tourenplanung ist eigentlich nur für sie sinnvoll. Im Text findet sich allerdings der Hinweis, dass die digitale Einsatz- und Tourenplanung bei ambulanten Pflegediensten die meistgenutzte „digitale Lösung“ ist, sodass vermutlich nur ambulante Pflegedienste diesbezüglich befragt worden sind. Eine automatische Leistungserfassung und -abrechnung nutzten 56 Prozent der ambulanten Pflegedienste, die anderen Anbieter wurden diesbezüglich nicht gefragt. Eine interessante Angabe ist, dass (nur) 33 Prozent der stationären Pflegeanbieter über ein Heimverwaltungssystem – mit- hin über ein Primärsystem – verfügten. Hier ist also selbst bei den Einrichtungen eines großen Trägers noch einiges an Aufholarbeit zu leisten, damit eine Anbindung an die Telematikinfrastuktur, falls überhaupt möglich, auch mit einem Mehrwert verbunden ist. Eine elektronische Unterschrift war erst bei 18 Prozent der befragten ambulanten Pflegedienste möglich. Diese ist wichtig, um bei der Abrechnung mit Kostenträgern künftig auf eine Papierabrechnung mit handschriftlicher Unterschrift verzichten zu können. Telemedizinische Anwendungen waren erst bei 5 Prozent der befragten Einrichtungen möglich.²²¹

6.4. Pflegeanbieter und die Telematikinfrastuktur

Bereits in Kapitel 5.2. wurden verschiedene Wege vorgestellt, die Pflegediensten und -einrichtungen bereits ohne Anschluss an die Telematikinfrastuktur eine intersektorale Kooperation und Koordination mit anderen Leistungserbringern des Gesundheitssystems ermöglichen. Dabei wurde auch angesprochen, dass diese alternativen Wege nur relativ selten beschritten worden sind. Die bereits vorgestellte Studie von Braeseke u. a. (2020) lieferte einige statistische Angaben zur pflegedienst- bzw. einrichtungsübergreifenden Vernetzung mit anderen Akteuren des Gesundheitssystems. Diese beziehen sich auf die Jahre 2019/2020. Zu diesem Zeitpunkt galt nur für Arztpraxen (seit 2019) bereits eine Pflichtenbindung an die TI. Da viele der anderen Gesundheitsdienstleister seither an die TI angebunden worden sind, wird der Wunsch nach davon unabhängigen Kommunikationslösungen mit anderen Gesundheitsakteuren seither eher abgenommen haben. Die Statisti-

221 Ebenda, S.5.

ken sind dennoch von Interesse, denn sie zeigen, wie selten eine intersektorale Koordination und Kooperation mit anderen Leistungserbringern des Gesundheitssystems für Pflegeanbieter möglich war und wie entscheidend daher die Anbindung an die digitale Gesundheitsökonomie für sie ist – jedenfalls dann, wenn sie die dazu notwendigen Voraussetzungen mitbringen.

In Braeseke u. a. (2020) konnten die befragten Pflegeanbieter angeben, wie verbreitet ein Technikeinsatz mit Bezug auf den Einsatzzweck ist. Hierbei war als Antwort auch der Einsatzzweck „Zum Austausch mit anderen Leistungserbringern (z. B. Wundtdokumentation, Telemedizin)“ auswählbar. Obwohl auf dem letzten Platz der verschiedenen denkbaren Einsatzzwecke liegend, erschien das Ausmaß der Wahl dieses spezifischen Einsatzzwecks sehr hoch; 30,9 Prozent der ambulanten Pflegedienste und 36,7 Prozent der vollstationären Einrichtungen gaben an, „digitale Anwendungen“ zum Austausch mit anderen Leistungserbringern einzusetzen.²²² Ein regelmäßiger Datenaustausch auf diesem Wege fand dabei allerdings nur in 22 Prozent der ambulanten Pflegedienste und 17 Prozent der vollstationären Einrichtungen statt.²²³ Das klingt immer noch recht hoch, dabei ist aber zu bedenken, dass auch der regelmäßige Austausch nur mit einem einzigen Leistungserbringer gemeint sein kann. Zudem wurden in der Studie von Braeseke u. a. (2020) auch Kostenträger und der Medizinische Dienst zu den Leistungserbringern gezählt. Bei ambulanten Pflegediensten scheint der digitale Datenaustausch tatsächlich nur mit jeweils einem einzigen Leistungserbringer (inkl. Kostenträger) stattgefunden zu haben, denn die Pflegedienste und -einrichtungen konnten genau angeben, mit wem der Datenaustausch stattgefunden hat. Aufsummiert kommt man bei ambulanten Pflegediensten exakt auf die obigen Prozentangaben. Von 263 ambulanten Pflegediensten gaben 18 (7 Prozent) an, der regelmäßige Austausch habe mit Arztpraxen oder Facharztpraxen stattgefunden, Die Prozentwerte für die übrigen Austauschpartner beliefen sich auf 5 Prozent (Kostenträger), 4 Prozent (Apotheken/Hilfsmittel), 3 Prozent (Therapiepraxen verschiedener Fachrichtungen) und 2 Prozent (Krankenhäuser). Bei den meisten vollstationären Einrichtungen fand hingegen regelmäßig ein Austausch mit mehreren Leistungserbringern statt. Bei den vollstationären Einrichtungen beliefen sich die entsprechenden Werte auf 14 Prozent (Arztpraxen oder Facharztpraxen), 10 Prozent (Apotheken/Hilfsmittel), 8 Prozent (Kostenträger), 6 Prozent (Therapeuten

222 Vgl. Braeseke u. a. (2020, S.39).

223 Ebenda, S.61.

verschiedener Fachrichtungen), 3 Prozent (Krankenhäuser) und – hier noch hinzukommend – Medizinischer Dienst der Krankenkassen (1 Prozent).²²⁴ Möglicherweise lag es an der lokalen Verankerung mancher vollstationärer Einrichtungen und an der Notwendigkeit, Arzt- oder Therapeutenvisiten zu koordinieren, dass ein digitaler Austausch mit mehreren Leistungserbringern bei ihnen einen größeren Stellenwert hatte.

Insgesamt sind die Werte daher eher niedrig – zumal nicht klar ist, was für ein Datenaustausch überhaupt stattgefunden hat. Das gilt vor allem für den digitalen Austausch mit Krankenhäusern, denn sehr viele Pflegeempfangende wechseln – zum Teil mehrfach – ihren Aufenthaltsort zwischen Krankenhaus und Pflegeeinrichtung bzw. eigener Häuslichkeit.

In der Studie von Braeseke u. a. (2020) wurde zusätzlich danach gefragt, woran ein regelmäßiger Datenaustausch mit anderen Leistungserbringern des Gesundheitssystems denn scheitere; beantworten konnten diese Frage nur Pflegeanbieter, die nicht regelmäßig Daten austauschen. 57 Prozent der ambulanten Pflegedienste und 58 Prozent der vollstationären Pflegeeinrichtungen gaben an, ein solcher Austausch scheitere daran, dass andere Leistungserbringer kein Interesse am Datenaustausch hätten. 57 Prozent der ambulanten Pflegedienste sowie 54 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen nannten als Grund, dass andere Leistungserbringer nicht über die notwendige technische Ausstattung für einen Datenaustausch verfügen würden. Dass die eigene technische Ausstattung einem regelmäßigen Datenaustausch im Wege steht, gaben hingegen nur 35 Prozent der ambulanten Pflegedienste und 40 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen an; ein Ergebnis, das sich ein wenig mit den oben aufgeführten Angaben zum Einsatzzweck der technischen Ausstattung der Pflegeanbieter beißt – zumal jene Pflegeanbieter, die regelmäßig Daten austauschen und daher die Frage nicht beantworten konnten, zwingend auch über die dazu notwendige technische Ausstattung verfügten. In jedem Fall scheitere der Datenaustausch nicht am mangelnden Interesse der Pflegeanbieter; nur 4 Prozent der ambulanten Pflegedienste und 2 Prozent der vollstationären Pflegeeinrichtungen machten diese Angabe.²²⁵ Vermutlich wäre das Ergebnis anders ausgefallen, wenn man die anderen Leistungserbringer gefragt hätte. Das Ergebnis verdeutlicht allerdings (nochmals), welcher Fortschritt die Verstetigung eines (dann tatsächlich intersektoralen) Datenaustauschs im Rahmen der TI mit

224 Ebenda.

225 Ebenda, S.62.

sich bringen könnte; es verdeutlicht aber auch die noch zu bewältigenden Schwierigkeiten, die verschiedenen Leistungserbringer zu motivieren, die TI tatsächlich für eine bessere intersektorale Zusammenarbeit im Gesundheitssystem unter Einschluss der Pflege zu nutzen.

Immerhin schien sich – in den Jahren 2019/2020 – eine größere Zahl von Pflegeanbietern bewusst zu sein, dass ein Ausbau der pflegedienst- bzw. -einrichtungsübergreifenden IKT künftig notwendig werden wird. Gefragt danach, welche Bereiche sie künftig digital ausbauen wollen, nannten 34 Prozent der ambulanten Pflegedienste und 35 Prozent der vollstationären Pflegeeinrichtungen die Vernetzung und den Datenaustausch mit anderen Leistungserbringern und Kunden. Das war der dritthäufigste genannte Bereich, hinter der Pflegeplanung und -dokumentation sowie Verwaltung und Abrechnung.²²⁶ Nach der internen Vernetzung verschiedener digitaler Technologien wurde in dieser wie auch jeder anderen Studie nicht gefragt – sie bleibt ein blinder Fleck auf der „digitalen Landkarte“ der Pflegeanbieter.

Zwei Jahre nach der Studie von Braeseke u.a. (2020) galt die Pflichtanbindung an die TI bereits für (Zahn-)Arztpraxen, Psychotherapiepraxen, Apotheken und Krankenhäuser. Im Rahmen von Modellprojekten konnten sich 2022 auch Pflegedienste und -einrichtungen an die TI anschließen. Es hatte sich zu diesem Zeitpunkt auch bereits gezeigt, dass die Primärsysteme der verschiedenen Nutzergruppen der TI nicht immer auch eine tatsächliche Nutzung erlaubten – genau das Problem, vor dem Pflegeanbieter beim Pflichtanschluss an die TI im Jahr 2025 häufig standen. Eine Evaluationsstudie von an der Heiden/Bernhard/Otten (2022) zeigt, dass eine Anbindung an die TI oft mit Anfangsschwierigkeiten einhergeht, 2022 waren z.B. erst 43 Prozent der Arztpraxen und 24 Prozent der Krankenhäuser „TI-Ready“, d.h. sie waren nicht nur an die TI angeschlossen, sondern nutzten auch bereits alle ihre Dienste und Anwendungen.²²⁷ Die Autorinnen und Autoren der Studie hielten dazu fest: *„Damit die Anwendungen der TI im Versorgungsalltag der medizinischen Einrichtungen (...) regelmäßig zum Einsatz kommen, müssen verschiedene Voraussetzungen erfüllt sein (...). So ist neben dem generellen Anschluss an die TI eine funktionsfähige Ausstattung mit der notwendigen Hard- und Software von Bedeutung. Ist diese Stufe erreicht, so besteht als weitere Voraussetzung für eine regelmäßige Nutzung, dass die Module der Anwendungen im Pri-*

226 Ebenda, S.67.

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

*märsystem der medizinischen Einrichtungen vorhanden sind.*²²⁸ Auch wenn die Module im Primärsystem vorhanden waren, gab es 2022 regelmäßig Probleme, weil sie nicht funktionierten. 42 Prozent der Krankenhäuser und 69 Prozent der Arztpraxen mussten regelmäßig auf den Support ihres Primärsystemherstellers zurückgreifen.²²⁹ Pflegeanbieter, die aktuell noch kein Primärsystem im eigentlichen Sinne besitzen, stehen vermutlich vor noch größeren Problemen.

In der Studie von an der Heiden/Bernhard/Otten (2022) wurden auch die „neuen Nutzergruppen“ der TI untersucht. Zu diesen zählten auch Pflegeanbieter, für die ab 2023 jenseits von Modellprojekten eine freiwillige Anbindung an die TI möglich war. Danach gefragt ob die TI und ihre Anwendungen für sie relevant sind, antworteten 79 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen und 83 Prozent der ambulanten Pflegedienste mit ja.²³⁰ Gut über die TI und die Voraussetzungen ihrer Nutzung informiert, waren Pflegeanbieter zu diesem Zeitpunkt jedoch nicht. Hinsichtlich der technischen Voraussetzungen ihrer IT-Systeme für den Anschluss an die TI hielten sich nur 26 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen und 28 Prozent der ambulanten Pflegedienste für gut informiert. Bezüglich der zusätzlich notwendigen technischen Ausstattung für die TI fühlten sich jeweils 24 Prozent der stationären Einrichtungen und ambulanten Dienste für gut informiert.²³¹ Auch nicht unbedingt positiv zu bewerten ist, dass 30 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen und 33 Prozent der ambulanten Pflegedienste zu diesem Zeitpunkt noch nie von der elektronischen Patientenakte gehört hatten, die eigentlich auch ohne die TI bekannt sein sollte.²³² Bis zu diesem Zeitpunkt war allerdings auch noch kein einziger der befragten ambulanten Pflegedienste an die TI angeschlossen, bei den stationären Pflegeeinrichtungen waren es 2 Prozent. Geplant hatten einen Anschluss in den Jahren 2022 und 2023 12 Prozent der ambulanten Pflegedienste und 13 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen.²³³

Ein Jahr später zeigte sich, dass Nutzungshürden – etwa untaugliche oder fehleranfällige Primärsysteme – überwindbar sind. Mittlerweile waren statt

228 Ebenda, S.29.

229 Ebenda, S.37.

230 Ebenda, S.91.

231 Ebenda, S.92.

232 Ebenda, S.93.

233 Ebenda, S.94. Tatsächlich schlossen sich allerdings bis 2023 weit weniger Pflegeanbieter an die TI an.

43 Prozent 71 Prozent der Arztpraxen „voll TI-Ready“, d.h. sie konnten die TI vollständig nutzen und taten das auch. Bei anderen Nutzergruppen gab es ähnlich ausgeprägte Zuwächse bei der vollständigen Nutzung der TI.²³⁴ Festzustellen war allerdings auch, dass es erhebliche Qualitätsunterschiede der Primärsysteme gab. Je nach eingesetztem Primärsystem, schwankte die Stabilität des TI-Anschlusses zwischen 30 und 53 Prozent.²³⁵ Auch bei der Zufriedenheit mit den eingesetzten Primärsystemen gab es gewaltige Schwankungen.²³⁶ Was sich 2023 auch beobachten ließ, waren weiterhin große Probleme bei der intersektoralen Zusammenarbeit im Gesundheitssystem. So klagten 53 Prozent der Arztpraxen darüber, dass TI-Anwendungen in ihrem Umfeld nicht genügend verbreitet waren, sodass sie nicht routinemäßig genutzt werden konnten.²³⁷ Der überwiegende Teil der Arztpraxen war zudem überzeugt davon, dass TI-Anwendungen die medizinische Versorgung nicht verbessern und die Arbeitsabläufe nicht wesentlich vereinfachen.²³⁸ Es ist abzusehen, dass Pflegeanbieter, die anders als Arztpraxen noch überhaupt keine Erfahrungen mit der TI sammeln konnten, in den ersten Jahren der TI-Nutzung zu ähnlich negativen Einschätzungen kommen werden.

In der Studie von an der Heiden/Bernhard/Marcus Otten (2023) wurden auch erneut die „neuen Nutzergruppen“ befragt. Zu diesem Zeitpunkt war immer noch einer größeren Zahl von Pflegeanbietern nicht bekannt, was die TI überhaupt ist. Nur 71 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen und 82 Prozent der ambulanten Pflegedienste konnten im Juni 2023 mit dem Begriff etwas anfangen,²³⁹ obwohl der eigentlich vorgesehene Pflichtanbindungstermin der Pflege an die TI zu diesem Zeitpunkt nur sieben Monate in der Zukunft lag. Auch die elektronische Patientenakte war kaum bekannter als ein Jahr zuvor: 66 Prozent der ambulanten Pflegedienste und 63 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen kannten dieses zentrale Element der Digitalisierung des Gesundheitswesens wenigstens dem Namen nach. Die Bekanntheit von anderen wichtigen TI-Anwendungen, wie dem elektronischen Arztbrief oder dem elektronischen Medikationsplan, war noch weit geringer, obwohl es sich um Anwendungen handelt, die für Pflegeanbieter von hoher Bedeutung sein werden.²⁴⁰ Angeschlossen an die TI

234 an der Heiden/Bernhard/Otten (2023, S.26).

235 Ebenda, S.34.

236 Ebenda, S.37.

237 Ebenda, S.43.

238 Ebenda, S.45.

239 Ebenda, S.97.

240 Ebenda, S.98.

waren zu diesem Zeitpunkt 4 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen und 3 Prozent der ambulanten Pflegedienste. 16 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen und 31 Prozent der ambulanten Pflegedienste planten einen Anschluss bis spätestens 2024.²⁴¹ Da Pflegeanbieter zu diesem Zeitpunkt noch davon ausgehen mussten, dass ein Anschluss zum 1. Januar 2024 Pflicht wird, sind das sehr niedrige Zahlen. Offenbar rechneten viele Pflegedienste und -einrichtungen bereits damit, dass die Pflicht-Anschlussfrist verlängert werden würde, obwohl der Gesetzgeber es noch nicht beschlossen hatte. Letztlich handelte es sich dabei um eine selbsterfüllende Prophezeiung, denn die sehr geringe Anschlussquote trug dazu bei, dass es rein technisch unmöglich war, dass alle Pflegeanbieter bis 2024 an die TI hätten angeschlossen werden können.²⁴² Die niedrigen Anschlusszahlen haben ihre Ursache nicht darin, dass Pflegeanbieter die TI für irrelevant hielten – im Gegenteil hielt die weit überwiegende Zahl den potenziellen Nutzen der TI und ihrer Anwendungen für die eigene Einrichtung für sehr relevant oder eher relevant.²⁴³ Und jeweils weit über 80 Prozent der Pflegeanbieter war der Auffassung, dass Arztbriefe, Krankenhausentlassbriefe, Notfalldaten, Überleitungsbögen, Vorsorgevollmachten und Patientenverfügungen digital vorliegen sollten, damit die eigene Einrichtung und alle anderen an der Behandlung beteiligten Akteure darauf zugreifen können – also genau das, was mithilfe der TI ermöglicht werden soll.²⁴⁴ Die Zurückhaltung beim bereits möglichen freiwilligen Anschluss der Pflegeanbieter an die TI dürfte wohl auf zwei Ursachen zurückzuführen sein. Zum einen war 2023 noch nicht beschlossen worden, wie die Anbindung von Pflegediensten und -einrichtungen an die TI und die damit verbundenen Betriebskosten refinanziert werden. Zum anderen fehlte vielen Pflegeanbietern schlicht die digitale Basisinfrastruktur, um die TI überhaupt sinnvoll nutzen zu können – wenn überhaupt. Die Autor:innen der Studie schlussfolgerten daher: *„Grundsätzlich ist die TI bei den neuen Nutzergruppen bekannt und die meisten kennen auch ePA und E-Rezept. Jedoch fehlen ca. 2/3 der neuen Nutzergruppen relevante Informationen, vor allem zu technisch versierten Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern, zum Zeitplan und zu Refinanzierungsmöglichkeiten. Entsprechend folgt, dass die TI-Anschlüsse der neuen Nutzergruppen bisher gering sind und auch keine Pläne bestehen, dies zu ändern.“*²⁴⁵ Und: *„Circa 25 % der Einrich-*

241 Ebenda, S.99.

242 Genau das wiederholte sich zum um immerhin um 18 Monate verschobenen Pflichtanbindungstermin im Juli 2025.

243 Ebenda, S.101.

244 Ebenda, S.104.

245 Ebenda, S.114.

*tungen sind noch überwiegend analog. Die Weiterentwicklung wird als sehr aufwändig bewertet.*²⁴⁶

Diese Einschätzungen werden durch die Studie von Remmert (2024) gestützt. Die in dieser Studie befragten diakonischen Pflegeanbieter konnten die Herausforderungen der TI-Anbindung auf einer Skala von 1 (= Keine Herausforderung) bis 5 (= Große Herausforderung) bewerten. Die Integration bestehender Systeme in die TI bewerteten 65 Prozent der diakonischen Pflegeanbieter mit den Punktwerten 4 und 5. Nur 15 Prozent wählten die Werte 1 und 2. Es fehlte somit auch zu diesem Zeitpunkt selbst bei Pflegeanbietern mit großer Dachorganisation in weiten Teilen an der notwendigen Basisinfrastruktur, um die TI nutzenbringend oder überhaupt verwenden zu können. Es ist zu vermuten, dass es bei vielen kleinen bis mittelgroßen privaten Anbietern noch schlechter aussah. Die Herausforderung hoher Kosten für die Implementierung und Wartung des Systems bewerteten 70 Prozent der Pflegeanbieter mit den Punktwerten 4 und 5, die niedrigen Werte 1 und 2 wählten nur 8 Prozent.²⁴⁷ Und bei dieser im Januar bis März 2024 durchgeführten Befragung planten weiterhin 38 Prozent der Pflegeanbieter noch keinen Anschluss an die TI.²⁴⁸ Lediglich 5 Prozent der befragten diakonischen Pflegeeinrichtungen waren bereits an die TI angeschlossen.²⁴⁹

Vor diesem Hintergrund überrascht es nicht, dass die Pflicht für Pflegeanbieter, bis zum 1. Juli 2025 einen Anschluss an die TI durchzuführen, erhebliche Probleme verursacht hat. Zwar wurde bezüglich der Frage der Refinanzierung der TI-Anbindung im April 2024 eine Finanzierungsvereinbarung des GKV-Spitzenverbandes mit den Verbänden der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene beschlossen.²⁵⁰ Aber: Vor der ersten Zahlung der TI-Pauschale mussten Pflegedienste und -einrichtungen eine funktionierende technische Ausstattung, die eine Nutzung aller erforderlichen Anwendungen, Komponenten und Dienste der TI ermöglicht, nachweisen. Erst nach technischer Inbetriebnahme bestand ein Anspruch auf Refinanzierung. Die erheblichen Kosten, die viele Pflegedienste und -einrichtungen zunächst stemmen mussten und oft immer noch stemmen müssen, wenn sie zunächst ihre bestehen-

246 Ebenda, S.116.

247 Vgl. Remmert (2024, S.4).

248 Ebenda, S.7.

249 Diese Angabe findet sich nicht in der Studie, sondern beruht auf einer telefonischen Auskunft der Studienverfasserin.

250 Die Vereinbarungen sind hier zu finden: url: <https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/digitalisierung/telematikinfrastruktur/ti.jsp> (Abruf am 10.02.2025).

den Systeme modernisieren (oder ersetzen), sodass ein nutzenbringender Anschluss an die TI ermöglicht wird, wurden nicht erstattet.

6.5. Hinderungsfaktoren für den Einsatz von Digitalisierungstechnologien in Pflegediensten und -einrichtungen

Systematisiert man die in Studien identifizierten, denkbaren Hinderungsfaktoren für einen intensiveren Einsatz von Digitalisierungstechnologien in der Langzeitpflege nach der Häufigkeit der Benennung, dann kommt insbesondere drei Hinderungsfaktoren eine größere Bedeutung zu:

- (a) **Der digitalen Bereitschaft und der digitalen Fähigkeiten des Personals von Pflegeanbietern.** Digitalisierungstechnologien bringen im praktischen Einsatz wenig, wenn Pflegekräfte (oder Einrichtungsleitende) sie nicht akzeptieren oder bedienen können.
- (b) **Den Kosten digitaler Pflegetechnologien**, d. h. den Anschaffungs- und Betriebskosten sowie den Schulungskosten des Personals. Letztere lassen sich aufteilen in Kosten für Kurse und Schulungsmaterialien sowie Opportunitätskosten, wenn Beschäftigte aufgrund von Kursteilnahmen oder im Zusammenhang mit der informellen Erlernung der Handhabung von Digitalisierungstechnologien (d. h. über eine Anleitung durch Vorgesetzte und/oder Kolleg:innen) temporär vom Dienst freigestellt werden müssen. Hinzu kommen schließlich noch laufende Kosten für Softwarelizenzen und Wartung.
- (c) **Der Größe von Pflegediensten und -einrichtungen.** Für kleinere Pflegeanbieter könnte zum einen der Vorteil einer Nutzung von Digitalisierungstechnologien in Bereichen wie Personalwesen oder Dienstplanerstellung aufgrund einer geringen Komplexität und/oder eines geringen Aufwandes einer nicht digitalen Vorgehensweise geringer ausfallen. Zum anderen verfügen kleine Pflegeanbieter im Regelfall nicht über die gleichen finanziellen Möglichkeiten zur Anschaffung von Digitalisierungstechnologien wie größere Anbieter. Auch eine Freistellung von Pflegekräften für Schulungen kann für kleinere Pflegeanbieter mit wenigen Beschäftigten schwieriger zu organisieren sein.

6.5.1. Die digitale Bereitschaft und die digitalen Fähigkeiten der Pflegekräfte

Eine ganze Reihe von Studien hat sich mit der Frage der „digitalen Bereitschaft“ von Pflegekräften beschäftigt. Die digitale Bereitschaft und vor allem die digitale Kompetenz des Leitungspersonals von Pflegeanbietern wird leider viel seltener untersucht.

In der bereits vorgestellten Studie von Braeseke u. a. (2017) wird nur der Einsatz von zwei Digitalisierungstechnologien (Vernetzte Tourenplanung und Leistungsabrechnung, Elektronische Pflegedokumentation) untersucht, es handelt sich dabei aber um zwei zentrale Pflegetechnologien, wenn es um die effizientere Organisation von Pflegeanbietern geht. Der Fragebogen dieser Studie wurde ganz hauptsächlich von Mitgliedern der jeweiligen Einrichtungsleitungen ausgefüllt, Angaben zur Bereitschaft und Fähigkeiten der Pflegekräfte beruhen daher auf Einschätzungen der jeweiligen Vorgesetzten. Nach den Nachteilen des Einsatzes einer vernetzten Tourenplanung und Leistungsabrechnung bzw. elektronischen Pflegedokumentation gefragt, konnte unter anderem angegeben werden: „Eine vernetzte Tourenplanung und Leistungsabrechnung/elektronische Pflegedokumentation wird von Pflegekräften abgelehnt.“ Es geht also um die Bereitschaft, nicht um die Fähigkeit, eine der beiden Digitalisierungstechnologien anzuwenden. Die Befragten wurden bei der Auswertung ihrer Angaben in drei Gruppen aufgeteilt: Nutzer, an einer Nutzung Interessierte und Nicht-Nutzer einer vernetzten Tourenplanung und Leistungsabrechnung bzw. elektronischen Pflegedokumentation. Die Antworten der Gruppenmitglieder unterschieden sich gewaltig. 74 Prozent der Nicht-Nutzer einer vernetzten Tourenplanung und Leistungsabrechnung gaben als Nachteil dieser Technologie an, sie werde von Pflegekräften abgelehnt. Bei den an einer Nutzung Interessierten gingen 45 Prozent von einer Ablehnung der Pflegekräfte aus, bei den tatsächlichen Nutzern dieser Digitalisierungstechnologie waren es allerdings nur 19 Prozent.²⁵¹ Bei der Erfragung der Nachteile einer elektronischen Pflegedokumentation unterschieden sich die Antworten ebenfalls stark, wenn auch nur zwischen Nicht-Nutzern und den beiden anderen Befragtengruppen. 63 Prozent der Nicht-Nutzer gaben als Nachteil eine Ablehnung durch Pflegekräfte an, bei den Interessierten und bei den tatsächlichen Nutzern beliefen sich die entsprechenden Werte auf 24 bzw. 25 Prozent.²⁵² Dieses unterschiedliche Antwortverhalten könnte darauf zurückzuführen

251 Vgl. Braeseke u. a. (2017, S.44).

252 Ebenda, S.58.

sein, dass sich die Pflegekräfte der Befragtengruppen unterschieden. Es ist aber ebenso möglich und auch wahrscheinlicher, dass die tatsächlichen Nutzer einer vernetzten Tourenplanung und Leistungsabrechnung oder einer elektronischen Pflegedokumentation aus Erfahrung sprechen und daher nur eine geringe Ablehnung durch Pflegekräfte berichten konnten. Die Einschätzungen der Interessierten könnten darauf zurückzuführen sein, dass sie sich intensiver damit beschäftigt haben, welche Auswirkungen der Einsatz einer vernetzten Tourenplanung und Leistungsabrechnung oder elektronischen Pflegedokumentation tatsächlich hätte und welche Kompetenzerfordernisse diese Technologien an Pflegekräfte stellen würden, sodass sie davon ausgehend eine geringere Ablehnung durch Pflegekräfte vermuteten als die desinteressierte Nicht-Nutzer-Gruppe.

In der Studie wurde allein die Nicht-Nutzer-Gruppe zusätzlich danach gefragt, warum sie eine vernetzte Tourenplanung und Leistungsabrechnung bzw. elektronische Pflegedokumentation nicht anwenden (wollen). Hierbei konnte angegeben werden, der Grund für die Nicht-Nutzung sei, „dass die Beschäftigten für die Nutzung nicht qualifiziert sind.“ Jeweils 64 Prozent der Nicht-Nutzer mit mehr oder weniger als 20 Beschäftigten gaben an, ihr Personal sei für die Nutzung einer vernetzten Tourenplanung und Leistungsabrechnung nicht qualifiziert und sie werde deshalb nicht verwendet. Bei der elektronischen Pflegedokumentation nahmen 44 Prozent der Nicht-Nutzer mit mehr als 20 Beschäftigten und 56 Prozent der Nicht-Nutzer mit weniger als 20 Beschäftigten eine fehlende Qualifikation ihres Personals an.²⁵³ Da zugleich in der Studie festgestellt wurde, dass 71 Prozent der befragten ambulanten Pflegedienste eine vernetzte Tourenplanung und Leistungsabrechnung bereits nutzten,²⁵⁴ dürften die Angaben der Nicht-Nutzer zur Qualifikation der Beschäftigten nicht verallgemeinerbar sein. Höchstwahrscheinlich trafen sie nicht einmal auf das Personal der Nicht-Nutzer zu, falls dieses zum Befragungszeitpunkt nicht in einem außerordentlich höheren Ausmaß unfähig zur Nutzung von Digitalisierungstechnologien war. Vielmehr stellt sich bei der Nicht-Nutzer Gruppe die Frage, ob die von ihnen angenommene Technikinkompetenz der Beschäftigten eine Projektion der eigenen Technikskepsis der Befragten war und/oder daher rührte, dass sie wenig über die Technologien und die zu ihrer Anwendung notwendigen Kompetenzen wussten.

253 Ebenda, S.59.

254 Ebenda, S.41.

In der Studie findet sich zudem noch eine ganz direkte Frage danach, wie offen die Beschäftigten in den befragten Pflegediensten der Einführung einer vernetzten Tourenplanung und Leistungsabrechnung bzw. elektronischen Pflegedokumentation gegenüberstehen. Bei den Antworten finden sich wieder gewaltige Unterschiede zwischen Nutzern, an einer Nutzung Interessierten und desinteressierten Nicht-Nutzern der beiden Technologien. 77,6 Prozent der Nutzer einer vernetzten Tourenplanung und Leistungsabrechnung und 71,8 Prozent der Nutzer einer elektronischen Pflegedokumentation gaben an, ihre Beschäftigten hätten sich offen oder eher offen für die Einführung der beiden Technologien gezeigt.²⁵⁵ Bei den desinteressierten Nicht-Nutzern beliefen sich die „Offenheitswerte“ der Beschäftigten auf 36,6 Prozent (Vernetzte Tourenplanung und Leistungsabrechnung) bzw. 52,9 Prozent (elektronische Pflegedokumentation). Diese Unterschiede werfen erneut die Frage auf, ob das Personal der Befragtengruppen so unterschiedlich war, oder ob es eher so sein könnte, dass die Verschiedenheit der Einschätzungen Ausdruck einer stärkeren Technikskepsis oder -unkenntnis der befragten Einrichtungsleitenden der Nicht-Nutzer-Gruppe war.

Passend zur letzten Frage wurden in der Studie die Einrichtungsleitenden um ihre Zustimmung zu Aussagen gebeten, die Aufschluss über ihre eigene Technikakzeptanz und Technikkompetenz geben. Leider wurde dabei nicht zwischen Nutzern und Nicht-Nutzern der beiden Digitalisierungstechnologien unterschieden. Insgesamt hielten sich die Einrichtungsleitenden für sehr technikaffin:²⁵⁶

- 95,2 Prozent der befragten Einrichtungsleitenden stimmten der Aussage „Hinsichtlich technischer Neuentwicklungen bin ich sehr neugierig“ voll und ganz oder eher zu.
- 73,7 Prozent der befragten Einrichtungsleitenden stimmten der Aussage „Ich finde schnell Gefallen an technischen Neuentwicklungen“ voll und ganz oder eher zu.
- 69,7 Prozent der befragten Einrichtungsleitenden stimmten der Aussage „Ich bin stets daran interessiert, die neuesten technischen Geräte zu verwenden“ voll und ganz oder eher zu.
- 75,9 Prozent der befragten Einrichtungsleitenden stimmten der Aussage „Wenn ich Gelegenheit dazu hätte, würde ich noch viel häufiger technische Produkte nutzen, als ich das gegenwärtig tue“ voll und ganz oder eher zu.

255 Ebenda, S.48 und S.61.

256 Ebenda, S.76-77.

- 88,3 Prozent der befragten Einrichtungsleitenden stimmten der Aussage „Im Umgang mit moderner Technik habe ich oft Angst, zu versagen“ überhaupt nicht/eher nicht zu.
- 89 Prozent der befragten Einrichtungsleitenden stimmten der Aussage „Für mich stellt der Umgang mit technischen Neuerungen zumeist eine Überforderung dar“ überhaupt nicht/eher nicht zu.
- 86,9 Prozent der befragten Einrichtungsleitenden stimmten der Aussage „Ich habe Angst, technische Neuentwicklungen eher kaputt zu machen, als dass ich sie richtig benutze“ überhaupt nicht/eher nicht zu.
- 93,8 Prozent der befragten Einrichtungsleitenden stimmten der Aussage „Den Umgang mit neuer Technik finde ich schwierig – ich kann das meistens einfach nicht“ überhaupt nicht/eher nicht zu.

An einer geringen Technikaffinität der Einrichtungsleitenden scheint es in Anbetracht dieser Werte im Allgemeinen nicht zu liegen, dass die Nicht-Nutzer der beiden Digitalisierungstechnologien ihren Beschäftigten in Bezug auf die Akzeptanz und den Einsatz von Digitalisierungstechnologien so wenig zutrauten. Die Tatsache, dass Nutzer ihre Beschäftigten diesbezüglich ganz anders einschätzten, könnte jedoch ein starker Hinweis darauf sein, dass Nicht-Nutzer ihre eigene Technikaffinität überschätzen, während sie die Technikaffinität ihrer Beschäftigten unterschätzen.

Bezüglich der tatsächlichen digitalen Bereitschaft der Beschäftigten von Pflegediensten und -einrichtungen geben möglicherweise Studien mehr Aufschluss, in denen diese Beschäftigten selbst befragt werden. Das war in der bereits vorgestellten Studie von Kuhlmei u. a. (2019) der Fall. Auf Grundlage eines Fragebogens „Technikaffinität elektronischer Geräte“ wurde die Technikaffinität von Pflegekräften in den vier Dimensionen Begeisterung, Kompetenz sowie negativer und positiver Folgen „der Nutzung elektronischer Geräte“ gemessen.²⁵⁷ Im Ergebnis stellen die Autoren und Autorinnen der Studie fest: *„Die selbsteingeschätzte Technikaffinität unter den befragten Pflegekräften war durchschnittlich hoch. Dies zeigt sich deutlich in einer hohen Begeisterung für elektronische Geräte, Kompetenz im Umgang mit diesen sowie eher positiven und weniger negativen Einschätzungen gegenüber den Folgen beim Einsatz dieser Geräte.“*²⁵⁸ Leider wurde bei der Ermittlung der Technikaffinität nicht zwischen Pflegekräften unterschieden, die in verschiedenen Bereichen (Krankenhaus, Altenpflegeeinrichtung, ambulanter Pflegedienst) beschäf-

257 Vgl. Kuhlmei u. a. (2019, S.10f.).

258 Ebenda, S.11.

tigt waren. Die Ergebnisse sind daher nur begrenzt mit den Ergebnissen der anderen hier vorgestellten Studien vergleichbar. Möglicherweise sind die Unterschiede aber nicht groß, denn der Aussage „Wenn meine Einrichtung mir Technik zur Verfügung stellt, nutze ich sie gern“, stimmten nicht nur 97 Prozent der Befragten zu oder eher zu;²⁵⁹ die Autorinnen und Autoren der Studie gaben zudem an, dass es bei den Antworten keine wesentlichen Unterschiede nach Art der Einrichtung, in der Pflegekräfte beschäftigt waren, gegeben hat.²⁶⁰ Sie weisen allerdings zurecht darauf hin, dass der gemessene Wert sehr hoch und möglicherweise auf ein „sozial erwünschtes“ Antwortverhalten zurückzuführen ist. Überschätzen sich also auch Pflegekräfte? Diese Frage muss bis hierhin offen bleiben. Die Studie liefert im Übrigen noch weitere interessante Ergebnisse hinsichtlich der Einstellungen der Pflegekräfte gegenüber dem Einsatz von Digitalisierungstechnologien in verschiedenen Bereichen der Pflege. Die Einstellungen konnten in vier Funktionsbereichen der Pflege angegeben werden: Körperliche Unterstützung der Pflegekräfte, soziale und emotionale Unterstützung der Pflegeempfangenden (Trost spenden oder Beziehungspflege), Monitoring (z. B. Messung von Vitalparametern) und Pflegedokumentation. Die Einstellungen wurden mithilfe eines Fragebogens und einer daraus abgeleiteten Akzeptanzskala gemessen. Bei der Frage, in welchen der oben aufgeführten Bereiche der Einsatz von Technologie dem Berufsbild der Pflege widerspricht, ergab sich das wenig überraschende Ergebnis, dass dies beim Einsatz von Technologie im Funktionsbereich „Soziale und Emotionale Unterstützung von Pflegeempfangenden“ der Fall sei. In den anderen Bereichen sah nur eine kleine Minderheit der Pflegekräfte einen Widerspruch zum Berufsbild der Pflege.²⁶¹ Interessant ist, dass der Einsatz von Digitalisierungstechnologien im Funktionsbereich „Soziale und Emotionale Unterstützung von Pflegeempfangenden“ in so gut wie jeder Hinsicht kritisch gesehen wurde. Nach Angaben der Befragten beschränkt der Einsatz digitaler Technologien in diesem Funktionsbereich die Freiheit von Pflegeempfangenden, er erleichtert das Leben der Pflegeempfangenden nicht, er macht den Pflegeberuf weniger attraktiv und gefährdet unter Umständen sogar Arbeitsplätze, er ist bei der Pflegearbeit nicht nützlich, er entlastet das Personal nicht und unterstützt keine schnellere Aufgabenerledigung, er verbessert die Arbeitsleistung nicht, er sei vor allem durch wirtschaftliche Interessen motiviert u.s.w.²⁶² Für die drei Funktionsbereiche Körperliche Unterstützung der Pflegekräfte, Monitoring

259 Ebenda, S.29

260 Ebenda.

261 Ebenda, S.23.

262 Ebenda, S.24-30.

und Pflegedokumentation galt durchgehend das genaue Gegenteil. Diese Sichtweise der Pflegenden prägte dann auch ihre Akzeptanz verschiedener Digitalisierungstechnologien. Dem Einsatz emotionaler Robotik oder (irgendwann einmal) tatsächlich assistierender Robotik dürften vor diesem Hintergrund hohe Hürden im Weg stehen. Das gilt für die drei anderen Funktionsbereiche entsprechend nicht. Das Fazit der Autoren und Autorinnen der Studie bezüglich der Technikakzeptanz von Pflegekräften lautete daher: *„Der Einsatz von Technik sollte dazu beitragen, absehbare Probleme in Umfang und Qualität pflegerischer Versorgung abzumildern, gleichzeitig jedoch nicht den Kern eines professionellen pflegerischen Selbstverständnisses beschädigen.“*²⁶³

Die Studie von Braeseke u.a. (2020) bestätigte im Wesentlichen einige der Studienergebnisse von Braeseke u.a. (2017), wenn auch auf Grundlage einer größeren Zahl befragter Pflegeanbieter und unter Einbezug stationärer Pflegeeinrichtungen. Einrichtungsleitende zeigten sich auch in dieser Befragung als sehr selbstbewusst bezüglich ihrer eigenen Technikaffinität.²⁶⁴ Auf Grundlage dieser Selbsteinschätzungen stuften Braeseke u.a. (2020) die Technikbereitschaft von 72 Prozent der ambulanten Pflegedienste und 71 Prozent der vollstationären Pflegeeinrichtungen als hoch ein. Die Selbsteinschätzungen der Einrichtungsleitenden sollten jedoch nicht überbewertet werden. Jedenfalls gibt es einen starken Hinweis darauf, dass eine Skepsis gegenüber technischen Neuerungen in der Pflege bei Einrichtungsleitenden zum Befragungszeitpunkt nicht selten war. Danach gefragt, in welchen Bereichen der Beitrag der Digitalisierung überschätzt wird, nannten 35 Prozent der Leitenden ambulanter Pflegedienste und 14,9 Prozent der Leitenden vollstationärer Pflegeeinrichtungen den Bereich „Verwaltung/Organisation/Abrechnung“. Bei der Pflege und Betreuung war die Skepsis noch größer. 53,4 Prozent der Leitenden ambulanter Pflegedienste bzw. 71,2 Prozent der Leitenden vollstationärer Pflegeeinrichtungen zeigten sich hier in Bezug auf den Beitrag der Digitalisierung skeptisch.²⁶⁵ Möglicherweise dachten sie beim Einsatz von Digitalisierungstechnologien in der Pflege und Betreuung eher an AAL und Pflegerobotik als an digitale Pflegedokumentationen, Wunddokumentationen oder Telemedizin. In diesem Fall wäre die geäußerte Skepsis zumindest in Bezug auf die Pflegerobotik nicht unbegründet. Doch lässt sich das aufgrund der sehr allgemein gehaltenen Fragestellungen

263 Ebenda, S.31.

264 Gemessen anhand der Zustimmung bzw. Ablehnung der gleichen acht der auch in Braeseke u.a. (2017) verwendeten Aussagen. Vgl. Braeseke u.a. (2020, S.45).

265 Ebenda, S.42.

nicht aufklären. Dennoch lässt die verbreitete Digitalisierungsskepsis der ansonsten nach Selbstangaben hochgradig technikaffinen Einrichtungsleitenden zumindest Zweifel am Gehalt ihrer Selbsteinschätzung aufkommen.

Die Befragten wurden auch in Braeseke u.a. (2020) um eine Einschätzung der Aufgeschlossenheit bzw. Offenheit der Beschäftigten gegenüber dem Technikeinsatz in der Pflege gebeten. Eine Differenzierung nach verschiedenen Technologiefunktionen oder Einsatzgebieten digitaler Pflegetechnologien, wie in Kuhlmei u.a. (2019), wurde dabei leider nicht vorgenommen. Die Offenheit der Beschäftigten für neue Technologien in der Pflege schätzten die befragten Einrichtungsleitenden dabei bei Weitem nicht so hoch ein wie ihre eigene Technikaffinität. 60,7 Prozent der Leitenden ambulanter Pflegedienste und 56,7 Prozent der Leitenden stationärer Einrichtungen schätzten die Aufgeschlossenheit ihrer Beschäftigten gegenüber neuen Pflegetechnologien als überwiegend hoch ein.²⁶⁶ Da keine teils/teils-Antwort möglich war, wurde den übrigen Pflegekräften eine überwiegende Skepsis gegenüber neuen Technologien zugeschrieben. Ein so hoher Grad an Skepsis, wenn er denn tatsächlich vorläge, wäre besorgniserregend. Andererseits war, wie Braeseke u.a. (2020) ebenfalls zeigten, die Digitalisierung in den Pflegediensten und -einrichtungen zu diesem Zeitpunkt offenbar trotz der angenommenen Skepsis der Pflegekräfte schon so weit fortgeschritten, dass entweder die Skepsis der Pflegekräfte überschätzt wurde oder keine praktischen Auswirkungen hatte.

Eine Studie von Hoose u.a. (2021) hat sich unter anderem mit der Technikakzeptanz verschiedener Berufsgruppen des Sozialsektors beschäftigt und dabei auch Altenpflegekräfte berücksichtigt. Leider hinkt die in dieser Studie zur Messung der digitalen Affinität verwendete Frage, jedenfalls im Bereich der Pflege, der technischen Entwicklung um einige Jahre hinterher. Gefragt wurde danach, ob der Einsatz von Computern und des Internets im beruflichen Alltag akzeptiert wird. Die Akzeptanzwerte der Altenpflegekräfte waren Angesichts dieser Fragestellung entsprechend hoch; nur 5 Prozent der Befragten akzeptierten den Einsatz von Computern und des Internets im Pflegeberuf nicht. Immerhin wurde noch eine Zusatzfrage nach der Akzeptanz von Pflegerobotern gestellt. 62 Prozent der Altenpflegekräfte in der ambulanten und 59 Prozent der Altenpfleger:innen in der stationären Pflege akzeptierten den Einsatz von Robotern in ihrem Beruf zu diesem

266 Ebenda, S.61.

Zeitpunkt nicht.²⁶⁷ Die Autoren schreiben hierzu: „Ferner zeigt sich, dass die Beschäftigten im Feld der Altenpflege den Einsatz von Robotik in der Pflege im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen am negativsten bewerten. Dabei wird der Einsatz von Robotern nicht nur generell kritischer bewertet, auch die Zustimmung zum Einsatz von Robotik für verschiedene Einsatzbereiche (z. B. Reinigung, Hebehilfe, Therapie) fällt bei den Beschäftigten in der Altenpflege niedriger aus als bei Befragten anderer Berufsfelder.“²⁶⁸ Ebenso wie die Ergebnisse der Studie von Kuhlmei u. a. (2019) unterstreicht der Befund von Hoose u. a. (2021), dass es sinnvoller ist, statt nach einer allgemeinen Technikakzeptanz oder Offenheit für neue Technologien nach der Akzeptanz und der Offenheit gegenüber spezifischen Technologien zu fragen. Dies geschieht leider viel zu selten.

Das Selbsteinschätzungs-/Fremdeinschätzungsproblem, auf das die Studienergebnisse von Braeseke u. a. (2020) bezüglich der Technikaffinität der Einrichtungsleitenden und Pflegekräfte Hinweise geliefert hat, wird in einer Studie von Seyda u. a. (2022) auf interessante Weise untersucht. Führungskräfte und Pflegekräfte wurden mit (zumeist) aufeinander zugeschnittenen Aussagenpaaren konfrontiert, bei denen es inhaltlich um digitale Kompetenzen und Fähigkeiten, Veränderungsbereitschaft und Beschäftigung mit der Digitalisierung ging. Jeder Aussage konnte auf einer Skala von -10 (trifft gar nicht zu) bis +10 (trifft voll und ganz zu) zugestimmt bzw. nicht zugestimmt werden. Mit Blick auf die Ergebnisse von Braeseke u. a. (2020) überraschend, waren sich Führungs- und Pflegekräfte beim Aussagenpaar „Unsere Mitarbeitenden können digitale Geräte und Programme bedienen/Ich kann digitale Geräte und Programme bedienen“ beinahe einig. Führungskräfte vergaben hier eine durchschnittliche Zustimmung von 5,1, Pflegekräfte von 4,9. Auf beiden Seiten herrschte also der Eindruck vor, dass der Grad digitaler Fähigkeiten der Pflegekräfte relativ hoch, aber noch ausbaufähig ist. Ein im Vergleich zu Braeseke u. a. (2020) noch überraschenderes Ergebnis ist die jeweilige Zustimmung zum Aussagenpaar „Es gelingt uns, die Mitarbeitenden für Neuerungen zu motivieren/Ich bin bereit, den Umgang mit neuen digitalen Geräten und Programmen zu lernen“. Zwar beziehen sich die Aussagen höchstens mittelbar aufeinander, dennoch sind die Zustimmungswerte hoch interessant. Führungskräfte vergaben hier im Schnitt eine 4,0, waren also nicht vollends überzeugt vom Erfolg ihrer Motivationsbemühungen. Pflegekräfte vergaben hingegen im Schnitt eine 6,0, was zum Befragungszeitpunkt für eine recht ausgeprägte Offenheit gegen-

267 Vgl. Hoose u. a. (2021, S.104f.).

268 Ebenda, S.105.

über technischen Neuerungen sprach. Dass Selbst- und Fremdeinschätzungen teilweise sehr weit auseinanderliegen können, zeigt die jeweilige Zustimmung zum Aussagenpaar „Unsere Führungskräfte sind Vorbild für unsere Mitarbeitenden in Sachen Digitalisierung/Meine Führungskräfte sind Vorbild für mich in Sachen Digitalisierung.“ Führungskräfte stimmten dem ersten Teil des Aussagenpaars bescheiden, aber doch selbstbewusst im Schnitt mit dem Wert 5,4 zu. Die Pflegekräfte sahen das ganz anders; sie stimmten ihrem Teil des Aussagenpaares mit im Durchschnitt -1,8 *nicht* zu. Darüber kann man berechtigterweise lächeln. Sollte es allerdings zutreffen, ist das für die künftige Digitalisierung der Pflege kein sehr gutes Zeichen. Zwar müssen hauptsächlich Pflegekräfte mit Digitalisierungstechnologien umgehen. Angeschafft werden müssen sie aber von Führungskräften. Zwei weitere Statistiken sprechen ebenfalls nicht gerade für eine ausgereifte digitale Kompetenz und Offenheit der Führungskräfte. Der Aussage „Wir haben uns in unserer Einrichtung bereits intensiv damit beschäftigt, wie wir unsere Einrichtung im Zuge der Digitalisierung strategisch ausrichten“ konnten nur Führungskräfte zustimmen. Sie taten es im Durchschnitt mit dem nicht sehr hohen, aber immerhin deutlich positiven Wert 4,1. Der Aussage „In unserer Einrichtung gibt es eine klare Digitalisierungsstrategie“ konnten hingegen Führungs- und Pflegekräfte zustimmen. Man sollte meinen, dass sich der durchschnittliche Zustimmungswert der Führungskräfte ebenfalls im Bereich 4,1 bewegt, denn die Aussage entspricht weitestgehend der vorherigen. Der einzige Unterschied besteht darin, dass die zuvor mit 4,1 bewertete Aussage den Prozess der Strategieentwicklung und die andere Aussage das wünschenswerte Ergebnis dieses Prozesses – die Entwicklung einer Digitalisierungsstrategie – beschreibt. Wenn wir bei dem Prozess-Ergebnis-Bild bleiben, dann scheint der Prozess häufig kein gutes Ergebnis gehabt zu haben. Denn der Aussage „In unserer Einrichtung gibt es eine klare Digitalisierungsstrategie“ stimmten Führungskräfte nur mit dem mageren Durchschnittswert 1,1 zu, Pflegekräfte sogar nur mit 0,4.²⁶⁹

In der Studie von an der Heiden/Bernhard/Otten (2023) wurden nur Einrichtungsleitende befragt. Diese konnten angeben, was die wichtigsten Hinderungsfaktoren bei der Einführung digitaler Technologien und Anwendungen sind, Mehrfachantworten waren dabei möglich. Die Leitenden selbst tauchten in der Liste der Hinderungsfaktoren nicht auf, wohl aber die Pflegekräfte. 43 Prozent der Leitenden stationärer Pflegeeinrichtungen und 39 Prozent der Leitenden ambulanter Pflegedienste benannten eine feh-

269 Vgl. Seyda u. a. (2022, S.52).

lende Akzeptanz digitaler Technologien der Pflegekräfte als Hinderungsgrund. Noch pessimistischer zeigten sich die Leitenden hinsichtlich der digitalen Kompetenzen der Pflegekräfte. 63 Prozent der Leitenden stationärer Pflegeeinrichtungen und 55 Prozent der Leitenden ambulanter Pflegedienste benannten eine fehlende digitale Kompetenz der Pflegekräfte als wichtigen Hinderungsfaktor.²⁷⁰ Wie bereits bei der Diskussion der Studienergebnisse von Braeseke u. a. (2020) angesprochen wurde, ist bezüglich dieser Werte Skepsis schon deshalb angebracht, weil die Ergebnisse der Studie von an der Heiden/Bernhard/Otten (2023) auch zeigen, dass Digitalisierungstechnologien, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß, in im Grunde allen Pflegediensten und -einrichtungen mehr und mehr verwendet werden. Wie soll das bei einem so hohen Ausmaß digitaler Inkompetenz der Pflegekräfte gelungen sein?

Wie schon mehrfach betont worden ist, ist es bedauerlich, dass die meisten vorliegenden Studien die Technikakzeptanz und -kompetenz von Pflegekräften (a) auf Grundlage von Einschätzungen ihrer Vorgesetzten und (b) auf einem extrem hohen Abstraktionsniveau untersuchen. Es gibt eine große Zahl digitaler Technologien und deren Akzeptanz oder Beherrschung durch Pflegekräfte kann nicht auf einen Wert reduziert werden, sondern hängt, wie Kuhlmei u. a. (2019) gezeigt haben, z. B. vom konkreten Einsatzzweck dieser Technologien im Pflegealltag ab. Und was genau müssen Pflegekräfte eigentlich an digitaler Kompetenz mitbringen? Dieser Frage wurde in der bereits oben diskutierten Studie von Seyda u. a. (2022) nachgegangen. Befragt wurden Führungskräfte von Pflegeanbietern. Es zeigt sich, dass sehr unterschiedliche digitale Kompetenzen von Pflegekräften in sehr unterschiedlichem Ausmaß beherrscht werden sollten – und ganz sicher nicht von jeder einzelnen Pflegekraft. An erster Stelle der wichtigen oder sehr wichtigen Kompetenzen rangiert „Berufs-/fachspezifische Software anwenden können“. Diese Kompetenz schätzten 79,5 Prozent der Führungskräfte als wichtig oder sehr wichtig ein. Es folgen „Kenntnisse zu Datensicherheit und Datenschutz“ (77,3 Prozent) und „Digitale Medien für den eigenen Lernprozess nutzen können“ (76,9 Prozent).²⁷¹ Die ersten beiden genannten Kompetenzen werden Pflegekräfte, sofern sie diese nicht bereits in der Ausbildung erworben haben, nur durch Weiterbildungen und Schulungen erlernen können. Sie gehören ganz offensichtlich nicht zur Allgemeinbildung und eine Nicht-Beherrschung ist daher kein Ausdruck generell fehlender digitaler Kompeten-

270 Vgl. an der Heiden/Bernhard/Otten (2023, S.95).

271 Vgl. Seyda u. a. (2022, S.50).

zen. Die dritte Kompetenz zielt bereits auf Schulung. Wenn Einrichtungsleitende bzw. Führungskräfte die mangelnde digitale Kompetenz ihrer Pflegekräfte beklagen, dann meinen sie damit nicht, dass Pflegekräfte kein Handy bedienen oder Computerprogramme nutzen können. Was Führungskräfte eigentlich beklagen, ist die Tatsache, dass digitale Pflegetechnologien noch relativ jung sind, sodass die meisten Pflegekräfte das Wissen um ihre Anwendung nicht bereits während ihrer Ausbildung erworben haben und daher Pflegedienste und -einrichtungen für die Schulungs- und Weiterbildungsmaßnahmen verantwortlich sind. Und daran hapert es häufig. In der Studie von Seyda u. a. (2022) wurden Führungskräfte um ihre Zustimmung zu folgender Aussage gebeten: „Wir ermitteln den Qualifizierungsbedarf, der sich im Zuge der Digitalisierung ergibt, systematisch“. Auf der oben beschriebenen Skala von -10 bis + 10 stimmten Führungskräfte dieser Aussage im Durchschnitt mit dem Wert 3,1 zu. Das ist nicht hoch und vor dem Hintergrund, dass es häufig an einer Digitalisierungsstrategie mangelt, vermutlich immer noch zu hoch gegriffen. Darauf weisen die durchschnittlichen Zustimmung-/Ablehnungswerte von Führungskräften und Pflegekräften zu folgendem Aussagepaar hin: „Wir statten die Mitarbeitenden mit den benötigten Kompetenzen aus/Ich erhalte passende Weiterbildungsangebote“. Führungskräfte bewerteten die ihnen zugeordnete Aussage des Paares mit hohen 5,2. Die Pflegekräfte waren anderer Meinung. Sie lehnten den ihnen zugeordneten Teil des Paares mit -1,5 ab. Wie schon bei der Frage, ob Führungskräfte im Bereich Digitalisierung Vorbilder sind, gingen die Auffassungen der Führungskräfte und Pflegekräfte weit auseinander. Möglicherweise liegt das daran, dass Pflegekräfte, die tagtäglich mit Digitalisierungstechnologien arbeiten, ihren Schulungs- und Weiterbildungsbedarf besser einschätzen können als Führungskräfte, für die bereits eine systematische Ermittlung des Qualifizierungsbedarfes oder das Erstellen einer Digitalisierungsstrategie eine Herausforderung zu sein scheint.

Was bleibt, ist ein aufgrund der meist zu allgemeinen Fragen zu digitalen Kompetenzen und zur digitalen Offenheit der Pflegekräfte sehr unklares Bild. Sicher wird die Einführung neuer digitaler Technologien Schulungen und Weiterbildungen der Pflegekräfte erfordern. Unmöglich scheint die Vermittlung der Kompetenzen aber nicht zu sein, denn viele digitale Technologien haben längst Einzug in den Pflegealltag gefunden. Bereits in der Studie von Braeseke u. a. (2017) konnte gezeigt werden, dass die Nutzer digitaler Technologien die digitalen Kompetenzen und die digitale Offenheit der Pflegekräfte sehr viel besser bewerten als Einrichtungsleitende von Pflegediensten und -einrichtungen, die überhaupt noch keine Erfahrungen mit

diesen Technologien gemacht haben. Die digitale Kompetenz von Pflegekräften dürfte daher häufig weit unterschätzt werden. Und die Akzeptanz neuer Technologien durch Pflegekräfte hängt, wie Kuhlmeier u.a. (2019) gezeigt haben, ganz entscheidend davon ab, ob die Technologien (a) die Arbeit der Pflegekräfte tatsächlich erleichtern und (b) mit dem Berufsbild Pflege vereinbar sind. Es ist bedauerlich, dass mit Braeseke u.a. (2017) nur eine mittlerweile in die Jahre gekommene Studie vorliegt, die nach der Technikkompetenz und Technikakzeptanz der Pflegekräfte beim Einsatz ganz spezifischer Digitalisierungstechnologien fragt. Es gibt in diesem Bereich noch eine erhebliche Forschungslücke. Es lässt sich aber vorsichtig schließen, dass die „digitale Bereitschaft“ von Pflegekräften nicht gering ist und die unzweifelhaft noch notwendigen Verbesserungen in diesem Bereich eine Aufgabe der Fort- und Weiterbildung von Pflegekräften bzw. der Ausbildungsgestaltung von Pflegenachwuchskräften ist. Niemand wird mit dem Wissen um die Handhabung spezifischer Pflegetechnologien geboren und der bereits flächendeckende Einsatz verschiedenster Digitalisierungstechnologien im Pflegealltag zeigt, dass der Erwerb der zu ihrer Handhabung notwendigen Kompetenzen keine außergewöhnlichen digitalen Vorkenntnisse erfordert. Ob digitale Kompetenzen oder die Offenheit für die Einführung von Digitalisierungstechnologien auf Seiten der Pflegekräfte tatsächlich primäre Hinderungsfaktoren bei der Einführung digitaler Technologien in Pflegediensten und -einrichtungen sind, ist daher fraglich. Vielmehr scheint es so zu sein, dass der Aufwand für die Schulung und Weiterbildung der Pflegekräfte der primäre Hinderungsfaktor ist, und Einrichtungsleitende eigentlich beklagen, in dieser Hinsicht überhaupt tätig werden zu müssen. Die Rolle der Einrichtungsleitenden als denkbarer Hinderungsfaktor bei der Einführung digitaler Technologien ist in der bisherigen Forschung nicht nur in diesem Zusammenhang größtenteils vernachlässigt worden. Hier existiert eine große Forschungslücke, auf die an dieser Stelle leider nur hingewiesen werden kann.

6.5.2. Die Kosten des Erwerbs und der Einführung digitaler Pflegetechnologien

Kosten, die bei Investitionen in digitale Pflegetechnologien anfallen, können aus verschiedenen Gründen Hinderungsfaktoren für die konkrete Anschaffung von Pflegetechnologien sein:

- **Frage des optimalen Anschaffungszeitpunktes:** Wenn zum Zeitpunkt t die Möglichkeit zur Investition in eine bestimmte Pflegetechnologie be-

steht, sie aber erst zum Zeitpunkt $t+1$ nutzenbringend verwendet werden kann, dann ist es zumeist optimal, die Investition auch erst zum Zeitpunkt $t+1$ durchzuführen. Eine Anschaffung zum Zeitpunkt t würde Kapital binden und insofern Opportunitätskosten verursachen. Hinzu käme, dass die Pflegetechnologie Betriebs- und Wartungskosten verursacht und zum Zeitpunkt $t+1$ eventuell nicht mehr dem neuesten Stand entspricht. Eine Anschaffung zum Zeitpunkt t könnte ausnahmsweise dennoch vorteilhaft sein, wenn mit einer künftigen Verknappung des Angebots der Pflegetechnologie und damit zusammenhängend mit einem künftigen Preisanstieg zu rechnen ist²⁷² oder wenn zwischen den Zeitpunkten t und $t+1$ bereits Personalschulungs- und Weiterbildungsmaßnahmen in die Wege geleitet werden können, die zu einer produktiveren Verwendung der Technologie und/oder zu einem Wettbewerbsvorteil zum Zeitpunkt $t+1$ führen. Ein Sonderfall des optimalen Anschaffungszeitpunktes liegt vor, wenn eine Anschaffung zum Zeitpunkt t mit einer staatlichen Investitionsförderung verbunden ist, zum Zeitpunkt $t+1$ aber (vermutlich) nicht mehr. Wenn keine der geschilderten positiven Auswirkungen einer Investition zum Zeitpunkt t existieren oder diese die zwischen t und $t+1$ anfallenden Kosten nicht aufwiegen, dann sind die Kosten ein Hinderungsfaktor für die Investition in die digitale Pflegetechnologie zum Zeitpunkt t .²⁷³

- **Kosten-Nutzen-Abwägung:** Auch wenn eine Pflegetechnologie zum Zeitpunkt t angeschafft und direkt nutzenbringend verwendet werden kann, stellt sich wie bei jeder Investitionsentscheidung die Frage, ob der Nutzen die Kosten im Zeitablauf überwiegt.²⁷⁴ Der Einsatz einer neuen Pflegetechnologie kann auf verschiedene Weise nützlich sein. Er kann das (lukrative) Angebot einer neuen Pflegeleistung auf dem Markt ermöglichen, zur Erschließung neuer Kunden und/oder einer höheren Kundenbindung beitragen, die Effizienz primärer und sekundärer Prozesse der

272 Eine künftige Verknappung des Angebots oder ein künftiger Preisanstieg kann sich auch dann ergeben, wenn die Installation und Inbetriebnahme der Pflegetechnologie die Beauftragung externer Dienstleister erfordert, diese aber bei einer hohen Nachfrage zum Zeitpunkt $t+1$ nicht in der Lage sind, alle Aufträge zu erfüllen und die Überschussnachfrage zum Anlass nehmen, den Preis ihrer Dienstleistungen zu erhöhen.

273 Die Frage des optimalen Anschaffungszeitpunktes haben sich vermutlich bis Juli 2025 alle Pflegedienste und -einrichtungen gestellt, für die auf freiwilliger Basis ein Anschluss an die Telematikinfrastruktur möglich war, die aber bis dahin Anwendungen und Dienste der TI kaum oder überhaupt nicht nutzen konnten.

274 Natürlich stellt sich auf einem Wettbewerbsmarkt für Pflegetechnologien auch noch die Wahlentscheidung für einen bestimmten Anbieter. Von dieser Entscheidung kann hier aber abstrahiert werden, indem angenommen wird, dass der Anbieter mit dem besten Kosten-Nutzen-Verhältnis bekannt ist.

Pflege und damit die Arbeitsproduktivität erhöhen, die Arbeitsbedingungen und darüber die Anwerbebedingungen gesuchter Pflegekräfte verbessern und die Abwanderung vorhandener Pflegekräfte verhindern u.s.w. Fällt die Kosten-Nutzen-Abwägung trotz eines positiven Nutzens negativ aus, dann sind die relativ zum Nutzen zu hohen Investitionskosten zur Beschaffung einer Pflfegetechnologie ein Hinderungsfaktor. Selbstredend kann sich eine solche Entscheidung später als falsch herausstellen.

- **Begrenzte Finanzierungsmöglichkeiten:** Auch wenn eine Pflfegetechnologie zum Zeitpunkt t angeschafft und direkt nutzenbringend verwendet werden kann und die Kosten-Nutzen-Abwägung positiv ausfällt, können die Kosten einer Investition in diese Pflfegetechnologie aufgrund begrenzter Finanzierungsmöglichkeiten prohibitiv hoch sein und sind somit ein Hinderungsfaktor für die Durchführung der Investition. Investitionen können mithilfe vorhandenen Kapitals (z.B. aus früheren Betriebsüberschüssen), unter Verwendung aktueller Betriebsüberschüsse und/oder durch Kreditaufnahme (und einer zeitlich nachgelagerten Tilgung aus künftigen Betriebsüberschüssen) finanziert werden. Hinzu kommen unter Umständen noch staatliche Fördergelder. Reichen die Mittel nicht aus, sind die Kosten prohibitiv hoch und ein Hinderungsfaktor der Investition in die digitale Pflfegetechnologie, obwohl der Nutzen ihrer Anschaffung im Zeitablauf die Kosten übersteigen würde.

In der Studie von Braeseke u.a. (2017) finden sich Angaben, die darauf schließen lassen, dass ambulante Pflegedienste, die zu diesem Zeitpunkt keine vernetzte Tourenplanung und Leistungsabrechnung bzw. elektronische Pflegedokumentation nutzten, dies zum Teil auf Grundlage einer Kosten-Nutzen-Abwägung und zum Teil aufgrund begrenzter Finanzierungsmöglichkeiten taten. 78,6 Prozent der Pflegedienste mit weniger als 20 Beschäftigten und 64,7 Prozent der Pflegedienste mit mehr als 20 Beschäftigten gaben an, sie nutzten eine vernetzte Tourenplanung und Leistungsabrechnung nicht, weil „die Kosten den erwarteten Nutzen übersteigen“. 78,3 Prozent der Pflegedienste mit weniger und 88,3 Prozent der Pflegedienste mit mehr als 20 Beschäftigten gaben an, dass „der Anschaffungspreis zu hoch ist“.²⁷⁵ Bei der elektronischen Pflegedokumentation waren die Prozentwerte etwas niedriger,²⁷⁶ aber bei beiden Technologien gehören die beiden Kostenargumentationen zu den am meisten genannten Gründen, wa-

275 Vgl. Braeseke u. a. (2017, S.46).

276 Ebenda, S.59.

rum sie nicht genutzt bzw. angeschafft wurden. Bei Pflegediensten, die eine der beiden oder beide Technologien nicht nutzten und an einer Nutzung auch nicht interessiert waren, spielten Finanzierungsschwierigkeiten eine größere Rolle. Nur 23,3 Prozent der dieser Gruppe angehörigen Pflegedienste gaben an, sie könnten die Anschaffung einer vernetzten Tourenplanung und Leistungsabrechnung finanziell eigenständig tragen, weitere 30 Prozent gaben an, sie könnten sich die Anschaffung bei einer finanziellen Förderung leisten.²⁷⁷ Bei der elektronischen Pflegedokumentation gaben 35,3 Prozent der Nicht-Nutzer und zugleich Nicht-Interessierten an, sie könnten eine Anschaffung dieser Technologie eigenständig finanzieren, weitere 23,5 Prozent nur bei einer finanziellen Förderung.²⁷⁸ Bei den an einer Nutzung Interessierten scheint dagegen vor allem eine Kosten-Nutzen-Abwägung entscheidend dafür gewesen zu sein, eine oder beide Technologien nicht anzuschaffen. Keiner dieser Gruppe zugehörigen Pflegedienste gab an, sie könnten sich die beiden Technologien finanziell nicht leisten, wenn auch zum Teil nur mit finanzieller Förderung. Dass aber bei beiden Gruppen, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß, beide Hinderungsfaktoren eine Rolle spielten, zeigt eine weitere Statistik. Danach gefragt, ob sich die Anschaffung einer vernetzten Tourenplanung und Leistungsabrechnung finanziell lohnen würde,²⁷⁹ gaben 58,4 Prozent der an einer Anschaffung dieser Technologie Interessierten an, die Anschaffung würde einen finanziellen Vorteil bringen, nur 25 Prozent gingen hingegen davon aus, dass sich die Anschaffung finanziell nicht lohnen würde.²⁸⁰ Da sich diese Pflegedienste eine Anschaffung ihren eigenen Angaben zufolge auch leisten konnten, wenn auch zum Teil nur mit Fördergeldern, warteten vermutlich viele von ihnen bezüglich der Anschaffung noch ab – möglicherweise, weil sie noch auf die Bewilligung eines Antrags auf Förderung warteten.²⁸¹ Ambulante Pflegedienste, die an einer Anschaffung nicht interessiert waren, gaben hingegen nur zu 30 Prozent an, eine Anschaffung würde sich finanziell lohnen, 43,4 Prozent gingen vom Gegenteil aus. Mit welchen *Anteilen* Finanzierungsschwierigkeiten oder eine Kosten-Nutzen-Abwägung letztlich die entscheidenden Hinderungsfaktoren für die Anschaffung einer vernetzten Tourenplanung und Leistungsabrechnung bzw. elektronischen Pflegedokumentation waren, lässt sich auf Grundlage dieser Statistiken nicht bestimmen. Es

277 Ebenda, S.50.

278 Ebenda, S.61.

279 Diese Frage wurde bezüglich der elektronischen Pflegedokumentation nicht gestellt.

280 Vgl. Braeseke u. a. (2017, S.52).

281 Eine finanzielle Förderung war auf Grundlage der beiden Pflegestärkungsgesetze zu diesem Zeitpunkt bereits möglich.

kommt zudem noch ein weiterer Grund für die Nichtanschaffung hinzu: Informationsdefizite auf Seiten der Pflegedienste. Viele der Nicht-Nutzer und nicht an einer Nutzung der beiden Technologien interessierten Pflegedienste gaben an, sie könnten sich eine Nutzung mit einer finanziellen Förderung leisten. Aber 49,4 Prozent dieser Pflegedienste gaben zudem an, sie seien über Fördermöglichkeiten überhaupt nicht informiert.²⁸²

Es lässt sich somit festhalten, dass zum Befragungszeitpunkt (a) beide Hinderungs-faktoren eine Rolle spielten, (b) selbst bei einer positiven Kosten-Nutzen-Abwägung eine Anschaffung digitaler Pflege-technologien nicht selten nur mithilfe einer staatlichen Förderung möglich war und (c) ein nicht unerheblicher Teil der Pflegedienste über diese Fördermöglichkeiten gar nicht informiert war – was kein gutes Licht auf die Betriebsführung in einigen der befragten Pflegedienste wirft. In diesen Fällen waren nicht die Kosten ein Hinderungs-faktor für die Anschaffung digitaler Pflege-technologien, sondern unzureichend informierte Entscheidungsträger. Allerdings wurde die Studie 2017 durchgeführt, als viele digitale Pflege-technologien noch relativ neu und die beiden Pflege-stärkungsgesetze, die eine finanzielle Förderung ermöglichten, erst seit kurzer Zeit in Kraft getreten waren.

Doch sah es auch drei Jahre später noch nicht besser aus. Am 1. Januar 2019 trat das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz in Kraft, das eine neue Förder-möglichkeit von Investitionen in Pflege-technologien mit sich brachte.²⁸³ Im April 2019 veröffentlichte der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen Richtlinien, die Einzelheiten zur Inanspruchnahme der Förderung regelten. In der Studie von Braeseke u. a. (2020) wurde ermittelt, wie bekannt die neuen Fördermöglichkeiten und die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes bei Pflegediensten und -einrichtungen waren. Zum Befragungszeitpunkt im Dezember 2019 war das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz beinahe ein Jahr alt. Im Ergebnis kannten 19,2 Prozent der ambulanten Pflegedienste, 25,3 Prozent der teilstationären und 13,8 Prozent der vollstationären Pflegeeinrichtungen die Fördermöglichkeiten des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes nicht.²⁸⁴ Noch weit weniger Pflegedienste und -einrichtungen kannten die

282 Vgl. Braeseke u. a. (2017, S.68). Die Angabe bezieht sich auf die finanzielle Förderung der Anschaffung einer elektronischen Pflegedokumentation.

283 Es handelt sich um die Regelung des § 8 Abs. 8 SGB XI. Hier ist festgelegt, dass für die Anschaffung von Digitalisierungstechnologien eine staatliche Förderung von bis zu 12.000 Euro in Anspruch genommen werden kann. Bei den Investitionen müssen Pflegedienste und -einrichtungen allerdings einen Eigenanteil von 60 Prozent tragen, sodass für den Erhalt des Förderhöchstbetrags eine Investition von 30.000 Euro durchgeführt werden muss.

284 Vgl. Braeseke u. a. (2020, S.47).

Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes. Auch diese Zahlen lassen darauf schließen, dass es teilweise nur scheinbar die Kosten von Pflegetechnologien sind, die eine Anschaffung verhindern. Nicht selten ist der Hinderungsfaktor tatsächlich auf der Leitungsebene der Pflegeanbieter zu suchen. Auch die Ergebnisse von Braeseke u. a. (2020) sind mittlerweile nicht mehr aktuell, doch sind in der Zwischenzeit eine Vielzahl neuer Gesetze in Kraft getreten und Richtlinien erlassen worden, deren Gegenstand unter anderem die Förderung der Digitalisierung von Pflegediensten und -einrichtungen ist. Es ist zu befürchten, dass auch weiterhin ein Informationsdefizit über Fördermöglichkeiten existiert. Ein solcher Informationsmangel ist schwer erklärbar, denn Informationen über Investitionsfördermöglichkeiten sind nicht nur aus betriebswirtschaftlicher Sicht ungemein wichtig,²⁸⁵ sie sollten für die Leitenden von Pflegeeinrichtungen auch nicht schwer zu beschaffen sein. Wie wichtig die Inanspruchnahme von Fördergeldern ist, zeigen z. B. Statistiken ihrer Verwendung. 95 Prozent der ambulanten Pflegedienste und 80 Prozent der vollstationären Pflegeeinrichtungen nutzten sie zur Entbürokratisierung der Pflegedokumentation, 84,8 Prozent der ambulanten Pflegedienste und 49,8 Prozent der vollstationären Pflegeeinrichtungen für die Anschaffung einer digitalen Dienst- und/oder Tourenplanung.²⁸⁶ Das zeigt, welche digitale Aufholarbeit zum Befragungszeitpunkt selbst in Funktionsbereichen zu leisten war, in denen digitale Pflegetechnologien schon lange Zeit auf dem Markt verfügbar waren.²⁸⁷ Und es zeigt, wie wichtig (a) die Kenntnis und (b) die Inanspruchnahme von Fördergeldern ist, damit Digitalisierungsprozesse überhaupt erst angestoßen werden; zum Teil, um den Hinderungsfaktor „begrenzte Finanzierungsmöglichkeiten“ zu überwinden und zum Teil, weil die Förderung das Ergebnis der Kosten-Nutzen-Abwägung verändert.²⁸⁸ Die Ergebnisse der Studie von Braeseke u. a. (2020) lassen zusätzlich erkennen, dass die Kostenfrage 2020 noch prominenter zu einem entscheidenden Hinderungsfaktor der Digitalisierung der Pflege geworden war. Zu Hemmnissen beim weiteren Ausbau des Technikeinsatzes gefragt, rangiert der Punkt „Anschaffungs- und Folgekosten/(Re-) Finanzierung“ mit weitem Abstand auf dem ersten Platz. Hingegen lag der Hinderungsfaktor „Überschätzung der Digitalisierung/Ungleichgewicht Kosten-Nutzen“ weit

285 Nur 7,9 Prozent der über Fördermöglichkeiten informierten Pflegedienste und -einrichtungen gaben an, dass sie keine Förderung beantragen wollen, vgl. Braeseke u. a. (2020, S.49).

286 Ebenda, S.50.

287 Zum Teil fehlten selbst rudimentäre Technologien. 8,3 Prozent der ambulanten Pflegedienste und 36,4 Prozent der vollstationären Pflegeeinrichtungen nutzten die Mittel für die Einrichtung eines Internetzugangs oder eines WLANs.

288 Da eine Förderung nach § 8 Abs. 8 SGB XI zunächst nur bis 2021 möglich sein sollte, spielten vermutlich auch Überlegungen zum optimalen Investitionszeitpunkt eine Rolle.

abgeschlagen auf dem neunten Platz.²⁸⁹ Das zeigt, dass die allermeisten Pflegedienste und -einrichtungen in Bezug auf digitale Pflegetechnologien zum Befragungszeitpunkt zu einer positiven Kosten-Nutzen-Abwägung kamen, aber häufig nicht über genügend Eigenmittel zur Durchführung einer Investition verfügten.

Das zu geringe Finanzierungsmöglichkeiten vor dem Hintergrund der in Kapitel 2 beschriebenen schwierigen wirtschaftlichen Lage vieler Pflegedienste und -einrichtungen eine immer größere Rolle als Hinderungsfaktor von Investitionen in digitale Pflegetechnologien spielen, zeigt schließlich auch die Studie von an der Heiden/Bernhard/Otten (2023). Investitions- und Anschaffungskosten belegten sowohl bei ambulanten Pflegediensten mit 68 Prozent als auch bei stationären Pflegeeinrichtungen mit 67 Prozent den ersten Platz unter den von Einrichtungsleitenden genannten „Hindernissen der Digitalisierung“. Auf dem zweiten Platz folgte das Hindernis „Zusätzlicher Aufwand (Schulung, Prozessumstellung, etc.)“. Dieser Hinderungsfaktor wurde von 60 Prozent der ambulanten Pflegedienste und 59 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen genannt. Auf dem dritten Platz folgt mit der fehlenden digitalen Kompetenz der Mitarbeitenden ein Hindernis, das, wie oben besprochen worden ist, eine starke Verbindung zum von Pflegeanbietern für Weiterbildungen und Schulungen zu leistenden Aufwand aufweist. Den vierten Platz belegen „fehlende zeitliche Ressourcen“, was auf die Opportunitätskosten der mit der Einführung digitaler Pflegetechnologien verbundenen Schulungsmaßnahmen hinweist. Auf dem sechsten Platz lag die „Unsicherheit bei Finanzierungsvereinbarungen“ – es ging also um die Frage, ob die Anschaffung von digitalen Pflegetechnologien von Kostenträgern refinanziert wird und mithin ebenfalls um eine Kostenfrage.²⁹⁰

Es ist somit offensichtlich, dass der Aspekt der Finanzierungsmöglichkeiten im Laufe der Zeit im Vergleich zur Kosten-Nutzen-Abwägung zum entscheidenden Hinderungsfaktor von Investitionen in Pflegetechnologien geworden ist. Das liegt, wie erwähnt, an der immer schwieriger werdenden wirtschaftlichen Situation vieler Pflegeanbieter. Und es liegt sicherlich auch daran, dass die staatlichen Fördermöglichkeiten, die 2019 eingeführt worden und seither nicht angepasst worden sind, oftmals nicht mehr ausreichen, um eine Investition in digitale Pflegetechnologien anzustoßen.

289 Vgl. Braeseke u. a. (2020, S.68).

290 Vgl. an der Heiden/Bernhard/Otten (2023, S.95).

6.5.3. Die Größe von Pflegediensten und -einrichtungen

Viele ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen sind ausgesprochen klein. 2023 gab es in Deutschland 15.549 ambulante Pflegedienste. 3.381 bzw. 21,7 Prozent dieser Pflegedienste versorgten 25 oder weniger Pflegeempfangende, davon ein knappes Drittel weniger als 10. Auf der anderen Seite stehen große Pflegedienste. 3.196 bzw. 20,6 Prozent der ambulanten Pflegedienste versorgten mehr als 100 Pflegeempfangende, davon 1.448 mehr als 150. Bei den stationären Pflegeeinrichtungen gibt es ähnliche Größenunterschiede. Von den im Jahr 2023 16.605 stationären Pflegeeinrichtungen versorgten 4.124 bzw. 24,8 Prozent maximal 30 Pflegeempfangende. Große stationäre Pflegeeinrichtungen kommen weit seltener vor, auch wenn das öffentliche Bild des Pflegeheims von den wenigen existierenden Großeinrichtungen mit über 200, zum Teil sogar über 300 Pflegeempfangenden geprägt wird. Tatsächlich versorgen „nur“ 2.186 bzw. 13,2 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen mehr als 100 zu pflegende Personen.²⁹¹

Dass die Größe der Pflegedienste und -einrichtungen Auswirkungen auf die Möglichkeit hat, in digitale Pflegetechnologien investieren zu können, wurde in dieser Studie schon mehrfach am Rande erwähnt. Es liegt auf der Hand, dass ambulante Pflegedienste, die 20 oder weniger Pflegeempfangende versorgen, einen deutlich niedrigeren Umsatz erzielen können als ambulante Pflegedienste, die 100 oder mehr zu pflegende Personen versorgen. Selbst dann, wenn unterschiedlich große Pflegedienste eine gleiche Umsatzrendite erzielen,²⁹² fällt der Betriebsüberschuss der kleinen Pflegedienste erheblich geringer aus und entsprechend geringer sind auch die Möglichkeiten, aus betrieblichen Überschüssen Investitionen in digitale Pflegetechnologien zu finanzieren. Für stationäre Pflegeeinrichtungen gilt das gleiche. Hinzu kommt, dass auch die Möglichkeiten der Kreditaufnahme im Durchschnitt für größere Pflegeanbieter besser sein dürften als für kleinere. Da die staatlichen Fördermöglichkeiten sowohl bezüglich der Höhe der Förderung als auch hinsichtlich des aufzubringenden Eigenanteils keinen Unterschied zwischen kleinen und großen Pflegeanbietern machen, dürften sie für kleinere Anbieter weit schwieriger in Anspruch zu nehmen sein. Neben dem Aspekt der Finanzierungsmöglichkeiten dürfte auch die Kosten-Nutzen-Ab-

291 Vgl. Destatis (2024h, Tabellen 22411-05 und 22412-13)

292 2021 lag die durchschnittliche Umsatzrendite ambulanter Pflegedienste bei 3,9 Prozent. 2022 sank sie auf 2,1 Prozent, 2023 lag sie nur noch bei 1,25 Prozent. Stationäre Pflegeeinrichtungen verzeichneten 2021 eine durchschnittliche Umsatzrendite von 2,2 Prozent. 2022 ging sie 1,2 Prozent und 2023 auf 0,14 Prozent zurück. Vgl. hierzu Richter/Fischer (2024).

wägung einer Investition in digitale Pflegetechnologien für kleine und insbesondere für sehr kleine Pflegedienste und -einrichtungen anders ausfallen als für größere. Für einen Pflegedienst im ländlichen Raum, der 10 oder weniger Pflegeempfangende versorgt und entsprechend wenige Pflegekräfte einsetzt, sind Technologien wie eine digitale Dienst- und Tourenplanung offensichtlich weniger wichtig wie für einen städtischen ambulanten Pflegedienst mit 100 oder mehr zu versorgenden Pflegeempfangenden. Aus diesen Gründen kann im Regelfall davon ausgegangen werden, dass die geringe Größe eines Pflegedienstes oder einer Pflegeeinrichtung ein Hindernisfaktor für Investitionen in digitale Pflegetechnologien ist.

Diese Erwartung wird durch (leider nur in geringer Zahl) vorliegende Studien auch bestätigt. In Braeseke u. a. (2017) wurde bei den Nutzern einer vernetzten Tourenplanung und Leistungsabrechnung nach der Größe der ambulanten Pflegedienste differenziert.²⁹³ Eine vernetzte Tourenplanung und Leistungsabrechnung wurde insgesamt von 71 Prozent der befragten Dienste genutzt. Bei ambulanten Pflegediensten mit weniger als 10 Beschäftigten lag die Nutzungsquote nur bei 38 Prozent, schon bei 11 bis 20 Beschäftigten nahm sie auf 61 Prozent, bei 21 bis 30 Beschäftigten auf 69 Prozent zu. Bei mehr als 30 Beschäftigten lag sie bei 80 Prozent.²⁹⁴ Warum sich viele kleine Pflegedienste gegen die Nutzung einer vernetzten Tourenplanung und Leistungsabrechnung entschieden haben, wird aus einer anderen Statistik deutlich, in der die Befragten die Nachteile der Nutzung dieser Technologie angeben konnten. 85 Prozent der Pflegedienste mit weniger als 10 Beschäftigten gaben an, eine vernetzte Tourenplanung und Leistungsabrechnung sei finanziell unattraktiv. Schon bei der Gruppe der Pflegedienste mit 11 bis 20 Beschäftigten machten nur 30 Prozent diese Angabe, bei den größten Pflegediensten mit mehr als 30 Beschäftigten gaben nur noch 20 Prozent an, eine vernetzte Tourenplanung und Leistungsabrechnung sei finanziell unattraktiv.²⁹⁵ So große Unterschiede finden sich bei keinem anderen der denkbaren Nachteile. Zusätzlich gaben Pflegedienste mit weniger als 10 Beschäftigten doppelt so häufig wie alle anderen Pflegedienste an, eine vernetzte Tourenplanung und Leistungsabrechnung *vermehrte* die administrative Arbeit. Zudem gingen 64,3 Prozent der Pflegedienste mit weniger als 20, aber nur 41,3 Prozent der Pflegedienste mit mehr als 20 Beschäftigten davon aus, dass eine vernetzte Tourenplanung und Leistungsabrechnung zu

293 Bei der elektronischen Pflegedokumentation wurde auf eine solche Statistik verzichtet, vermutlich weil die Zahl der Nutzer dieser Technologie viel geringer war.

294 Vgl. Braeseke u. a. (2017, S.42).

295 Ebenda, S.45.

keiner Prozessverbesserung führt.²⁹⁶ Diese Antworten weisen sehr klar darauf hin, dass der Einsatz einer Technologie, die auf eine Erhöhung der Effizienz der Personalorganisation und des Rechnungswesens zugeschnitten ist, nur wenig Wirkung erzielen kann, wenn die Arbeit von nur sehr wenigen Beschäftigten organisiert werden muss und nur sehr wenige Leistungen abzurechnen sind. Aber auch die Finanzierungsmöglichkeiten spielen eine Rolle. Von den Pflegediensten mit weniger als 10 Beschäftigten, die eine vernetzte Tourenplanung und Leistungsabrechnung nutzten, konnten 80 Prozent die Anschaffung selbst finanzieren, 20 Prozent nur mithilfe von Fördergeldern. Bei Pflegediensten mit mehr Beschäftigten waren je nach Beschäftigtenzahl 92 bis 100 Prozent dazu in der Lage, die Anschaffung ohne Förderung zu finanzieren.²⁹⁷

Auch in Braeseke u.a. (2020) finden sich nach der Größe der Pflegedienste und -einrichtungen differenzierte Angaben zum Einsatz digitaler Pflegetechnologien. Kleinere ambulante Pflegedienste nutzten technische Hilfsmittel bei der pflegerischen Versorgung ebenso häufig wie große Pflegedienste, denn der Nutzen assistiver Technologien bei der Pflege ist nicht von der Zahl der Beschäftigten oder zu pflegenden Personen abhängig. Bei allen Technologien, die der internen Information und Kommunikation zuzuordnen sind, war die Nutzungsquote kleiner Pflegedienste hingegen geringer. So nutzten (im Dezember 2019) so gut wie alle Pflegedienste mit 31 oder mehr Beschäftigten eine Software für die Verwaltung und Abrechnung. Die Nutzungsquote der Pflegedienste mit 30 oder weniger Beschäftigten lag hingegen bei 83 Prozent.²⁹⁸ Eine spezieller Software zur Organisation der Pflege (z.B. Touren- und Einsatzplanung, Zeiterfassung, Dienstplanung) nutzte nicht einmal die Hälfte (46 Prozent) der Pflegedienste mit maximal 30 Beschäftigten, aber 80 Prozent der Pflegedienste mit 31 bis 60, 91 Prozent der Pflegedienste mit 61 bis 90 und 96 Prozent der Pflegedienste mit mehr als 90 Beschäftigten. Auch die einrichtungsübergreifende Kommunikation und der Informationsaustausch mit anderen Leistungserbringern des Gesundheitswesens wurde untersucht. Hier lagen kleinere Pflegedienste ebenfalls im Rückstand. 17 Prozent der Pflegedienste mit maximal 30 Beschäftigten gaben an, sich digital mit anderen Leistungserbringern auszutauschen, bei den größeren Pflegediensten lagen die Quoten bei 30 bis 36 Prozent. Das lag

296 Ebenda, S.46.

297 Ebenda, S.51.

298 Leider wurde bei dieser Statistik hinsichtlich der Beschäftigtenzahl nicht noch weiter differenziert, sodass die vermutlich noch niedrigere Nutzungsquote sehr kleiner Pflegedienste nicht ermittelt wurde.

vermutlich auch daran, dass kleinere Pflegedienste seltener über die digitale Infrastruktur verfügten, die für einen solchen Informationsaustausch notwendig ist.²⁹⁹ Obwohl sich auch bei vollstationären Einrichtungen die Nutzungsquoten digitaler Pflegetechnologien nach der Größenklasse der Einrichtungen unterschieden, waren die Unterschiede nur gering. Das hing vermutlich damit zusammen, dass die „kleinsten“ betrachteten Einrichtungen bis zu 40 Beschäftigte hatten, sodass „wirklich“ kleine Einrichtungen nicht gesondert erfasst wurden.³⁰⁰

Leider fehlt es an jüngeren Studien, die den Grad des Einsatzes digitaler Pflegetechnologien nach der Größe der Pflegedienste und -einrichtungen differenzieren. Mit den Studien von Braeseke u.a. (2017, 2020) liegen nur zwei Untersuchungen vor, die erkennen lassen, dass insbesondere kleine und sehr kleine ambulante Pflegedienste einen großen Rückstand bei der Digitalisierung aufweisen. Keine Studie fragt direkt nach den Finanzierungsmöglichkeiten kleiner Pflegeanbieter. Auch wenn die Ergebnisse in Braeseke u.a. (2017, 2020) erkennen lassen, dass für kleine Pflegedienste neben geringen Finanzierungsmöglichkeiten auch eine negativ ausfallende Kosten-Nutzen-Abwägung für zu geringe Investitionen in Pflegetechnologien verantwortlich ist, dürfte die Frage, wie teure Investitionen in digitale Technologien und/oder teure Branchensoftware finanziell gestemmt werden soll, mittlerweile entscheidender sein. Problematisch ist, dass die aus betriebswirtschaftlichen Gründen nachvollziehbare Entscheidung kleiner Pflegedienste, nicht in kostspielige digitale Pflegetechnologien zu investieren, zur Folge hat, dass nur wenige dieser Einrichtungen über eine Basisinfrastruktur verfügen, die für eine gewinnbringende Nutzung der Telematikinfrastruktur notwendig ist. Das könnte sich aufgrund der nun geltenden Pflichtenbindung an die TI in den nächsten Jahren ändern, macht aber, da viele dieser Pflegedienste einen großen Digitalisierungsrückstand aufweisen, im Durchschnitt sehr viel höhere Investitionen notwendig, als es bei größeren Pflegediensten der Fall ist. Umso bedauerlicher ist es, dass über die Finanzierungsbedingungen kleiner und sehr kleiner Pflegedienste noch weniger bekannt ist als über ihren Digitalisierungsgrad. Diese Informationen wären ungemein wichtig, um beispielsweise eine an den Bedarfen kleiner Pflegeanbieter ansetzende Investitionsförderung in die Wege zu leiten. Die bisherige „One-Size-Fits-All-Förderung“ hat diese Bedarfe jedenfalls nicht im Blick gehabt.

299 Vgl Braeseke u.a. (2020, S.40).

300 Ebenda, S.41.

6.6. Die Wirkung des Einsatzes von Digitalisierungstechnologien in Pflegediensten und -einrichtungen

Eine objektive Messung der Wirkung des Einsatzes digitaler Pflegetechnologien steht vor dem grundsätzlichen Problem, dass sich Pflegedienste und -einrichtungen nicht nur strukturell, sondern auch in Bezug auf den Grad des Vorhandenseins einer technologischen Infrastruktur stark unterscheiden. Die Auswirkungen des Einsatzes einer digitalen Pflegedokumentation sind beispielsweise stark abhängig davon, mit wie vielen und mit welchen anderen Pflegetechnologien sie vernetzt werden kann. Wie im letzten Abschnitt herausgearbeitet wurde, hat aber z. B. auch die Größe eines Pflegeanbieters Einfluss darauf, wie nützlich der Einsatz verschiedener Pflegetechnologien ist. Es macht zudem einen Unterschied, ob ein Pflegeanbieter in einem städtischen oder ländlichen Gebiet operiert, welche digitale Bereitschaft und Fähigkeiten das Personal aufweist und ob bzw. welche Weiterbildungs- und Schulungsangebote das Personal in Anspruch nehmen kann. Pflegetechnologien unterscheiden sich zusätzlich in Preis und Qualität; so lässt sich nicht jede Branchensoftware ähnlich gut bedienen oder weist die gleichen Funktionen auf.

Trotz des Problems einer nicht für alle Pflegedienste und -einrichtungen vergleichbaren Wirkungsmessung des Einsatzes digitaler Pflegetechnologien, wird im Folgenden auf Grundlage von Studienergebnissen versucht, wenigstens dem durchschnittlichen Wirkungsgrad des Einsatzes von Pflegetechnologien in drei Bereichen auf die Spur zu kommen: (a) Erhöhung der Effizienz der Arbeitsprozesse und der Arbeitsproduktivität, (b) Verbesserung der Arbeitsbedingungen und (c) Verbesserung der Pflegequalität.

6.6.1. Auswirkungen des Einsatzes digitaler Pflegetechnologien auf die Effizienz der Arbeitsprozesse und die Arbeitsproduktivität

In der Studie von Braeseke u. a. (2017) wurde untersucht, ob die beiden in der Studie berücksichtigten Technologien (Vernetzte Tourenplanung und Leistungsabrechnung und elektronische Pflegedokumentation) zu einer Effizienzerhöhung in verschiedenen Funktionsbereichen ambulanter Pflegedienste beitragen. Beim Einsatz der vernetzten Tourenplanung und Leistungsabrechnung waren die Effizienzgewinne offenbar erheblich; 100 Prozent der Nutzer dieser Technologie gaben an, dass sie ein „besseres Management“ ermögliche. Was damit gemeint ist, bleibt zwar unklar, da diese Technologie auf eine effizientere Gestaltung der Bereiche Arbeitsorganisa-

tion und Rechnungswesen abzielt, dürfte wohl vor allem das Personal- und das Abrechnungsmanagement gemeint sein, auch wenn Folgeeffekte auf andere Verwaltungsbereiche wahrscheinlich sind, denn 95 Prozent der befragten ambulanten Pflegedienste (nur Nutzer) gaben an, dass der Einsatz einer vernetzten Tourenplanung und Leistungsabrechnung die administrative Arbeit erleichtere. Mit diesen Auswirkungen sind positive wirtschaftliche Folgen verbunden. 94 Prozent der ambulanten Pflegedienste, die eine vernetzte Tourenplanung und Leistungsabrechnung nutzten, gaben an, dass diese Technologie ein wirtschaftlicheres – mit anderen Worten: effizienteres – Arbeiten ermögliche.³⁰¹

Der Einsatz einer elektronischen Pflegedokumentation zielt zwar unter anderem auch auf eine Effizienzerhöhung des Dokumentationsprozesses, ohne Vernetzung mit anderen digitalen Pflegetechnologien ist aber nur ein – wenn auch ausgesprochen wichtiger – Prozess der primären Pflege betroffen. Elektronische Pflegedokumentationen können aber auch ohne Vernetzung an anderer Stelle Effizienzvorteile mit sich bringen, etwa wenn bei der Dienstübergabe der Gang zur Pflegeakte entfällt und alle entscheidenden Informationen auf digitalen Endgeräten vorliegen. Der Wegfall von Papierdokumentationen führt potenziell auch zu Erleichterungen im Verwaltungsbereich. Wie in Kapitel 5 beschrieben worden ist, ist es häufig noch notwendig, eine von der zu pflegenden Person und den jeweiligen Pflegekräften unterschriebene Papierdokumentation vorzuhalten. Trotz dieser Einschränkungen gaben 88 Prozent der eine elektronische Pflegedokumentation nutzenden ambulanten Pflegedienste an, sie erlaube ein besseres Management und 85 Prozent der Pflegedienste waren der Auffassung, dass der Einsatz einer elektronischen Pflegedokumentation die administrative Arbeit erleichtere. Ein wenig ambivalenter werden die damit verbundenen wirtschaftlichen Vorteile bewertet. 80 Prozent der ambulanten Pflegedienste gingen davon aus, dass der Einsatz der elektronischen Pflegedokumentation ein wirtschaftlicheres Arbeiten ermögliche.³⁰² Auch die Antworten auf weitere Fragen lassen sich nur so interpretieren, dass der Einsatz der beiden untersuchten Technologien mit hoher Wahrscheinlichkeit mit Effizienzerhöhungen verbunden war. Der Aussage, „Der Einsatz einer vernetzten Tourenplanung und Leistungsabrechnung ist mit finanziellen Vorteilen verbunden“, stimmten 41,7 Prozent der Nutzer dieser Technologie voll und ganz und ebenfalls 41,7 Prozent eher zu. Die oben geschilderten Strukturunterschiede

301 Vgl. Braeseke u. a. (2017, S.43).

302 Ebenda, S.57.

zwischen den Pflegediensten dürften ein Grund dafür sein, dass 6,8 Prozent der Nutzer dieser Technologie der Aussage eher nicht und 1,9 Prozent überhaupt nicht zustimmten. 7,8 Prozent der Pflegedienste wussten nicht, ob sich ein finanzieller Vorteil eingestellt hat.³⁰³ Nutzer dieser Technologie konnten zusätzlich folgender Aussage zustimmen bzw. nicht zustimmen: „Die betriebswirtschaftlichen Vorteile einer vernetzten Tourenplanung und Leistungsabrechnung sind überzeugend.“ 46,6 Prozent der ambulanten Pflegedienste stimmten dieser Aussage voll und ganz, weitere 47,6 Prozent eher zu. Nur ein kleiner Teil der Befragten stimmte der Aussage eher nicht (2,9 Prozent) oder überhaupt nicht (1 Prozent) zu – und dass, obwohl immerhin 23,3 Prozent der Pflegedienste die vernetzte Tourenplanung und Leistungsabrechnung (im Jahr 2017) für eher nicht oder überhaupt nicht technisch ausgereift hielten.³⁰⁴

Die Nutzer einer elektronischen Pflegedokumentation konnten nur einer der beiden auf Effizienzvorteile hindeutenden Aussagen zustimmen: „Die betriebswirtschaftlichen Vorteile einer elektronischen Pflegedokumentation sind überzeugend.“ 30,8 Prozent der Nutzer dieser Technologie stimmten der Aussage voll und ganz, 43,6 Prozent eher zu. Wie weiter oben bereits herausgearbeitet worden ist, sind die Effizienzvorteile einer (nicht weiter vernetzten) elektronischen Pflegedokumentation sowohl theoretisch als auch praktisch ambivalent. Dennoch befanden sich die negativen Einschätzungen in der klaren Unterzahl; 12,8 Prozent der Nutzer einer elektronischen Pflegedokumentation waren eher nicht, weitere 2,6 Prozent überhaupt nicht davon überzeugt, dass ihr Einsatz betriebswirtschaftlich vorteilhaft ist. Ein vergleichsweise großer Teil der Nutzer, 10,3 Prozent, konnte keine Einschätzung abgeben. Die teilweise negative Bewertung der elektronischen Pflegedokumentation, deren unvernetzter Einsatz von Strukturbedingungen ambulanter Pflegedienste weitestgehend unabhängig sein sollte, ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass 43,6 Prozent der Nutzer dieser Technologie sie (im Jahr 2017) für noch nicht technisch ausgereift hielten.³⁰⁵ Dennoch waren die allermeisten Nutzer der elektronischen Pflegedokumentation (89,7 Prozent) davon überzeugt, dass sie (genau) jene Aspekte verbessert habe, die besonders wichtig sind. Nicht alle diese (ebenfalls abgefragten) Aspekte beziehen sich auf Effizienzerhöhungen, aber einige der am meisten genannten schon. 82 Prozent der Pflegedienste benannten eine schnellere Erstellung der Pflegedokumentation und 85 Prozent eine gute Leserlichkeit der Dokumentati-

303 Ebenda, S.52.

304 Ebenda, S.54.

305 Ebenda, S.63.

onen als wichtige Aspekte. Deutlich weniger, aber immerhin noch die Mehrheit (52 Prozent) der eine elektronische Pflegedokumentation nutzenden Pflegedienste benannte die „Verfügbarkeit der Pflegedokumentation in Echtzeit“ als wichtigen Aspekt, was darauf hindeutet, dass einige Pflegedienste für die Verwaltung der Pflegedokumentationen eine Softwarelösung nutzten, die Berechtigten auch von anderen Endgeräten aus oder über das Verwaltungssystem einen Zugriff auf elektronische Pflegedokumentationen ermöglichte, sodass ein gewisser Grad an interner Vernetzung angenommen werden kann.³⁰⁶

Nach den überaus positiven Ergebnissen hinsichtlich der Effizienzvorteile digitaler Pflegetechnologien in Braeseke u.a. (2017), sind die Ergebnisse in Braeseke u.a. (2020) ernüchternder. Bereits in Abschnitt 6.5.1. wurde der in dieser Studie zu findende Sachverhalt diskutiert, dass viele Leitende von Pflegediensten und -einrichtungen den Beitrag der Digitalisierung im Bereich der sekundären und vor allem primären Prozesse der Pflege für überschätzt hielten, sodass dieses Ergebnis nicht völlig überrascht. Zu denkbaren Effizienzvorteilen des Einsatzes digitaler Pflegetechnologien findet sich in der Studie von Braeseke u.a. (2020) nur eine Frage. Diese zielt auf die Arbeitsproduktivität, die im Pflegebereich zumeist als Personaleinsatz (in Vollzeitäquivalenten) pro zu pflegender Person gemessen wird. Die Befragten konnten folgender Aussage zustimmen oder sie ablehnen: „Mit Hilfe der Technik kann künftig der Personaleinsatz pro pflegebedürftiger Person im Bereich Pflege und Betreuung verringert werden.“ Die Aussage richtet sich also auf Zukunftserwartungen („künftig“) und spricht sehr allgemein nur von „Technik“. Sie konnte zudem so (miss-)verstanden werden, dass Technik konkret bei der Pflege und Betreuung eingesetzt wird, nicht aber zum Beispiel bei der Dokumentation, bei der Organisation der Pflege- und Betreuungsleistungen u.s.w. Es ist daher nicht sehr überraschend, dass nur 20 Prozent der Leitenden ambulanter Pflegedienste, 26 Prozent der Leitenden teilstationärer und 13 Prozent der Leitenden vollstationärer Pflegeeinrichtungen dieser Aussage zustimmten. Darauf, dass die Frageformulierung verantwortlich für die zurückhaltenden Zukunftserwartungen sein könnte, weist die Einschätzung von jeweils 70 Prozent oder mehr der Leitenden der Pflegedienste und -einrichtungen hin, dass der Einsatz digitaler Technologien in den Bereichen Verwaltung/Abrechnung, Pflegeplanung und -dokumentation, Vernetzung und Datenaustausch mit anderen Leistungserbringern und Tourenplanung noch weiter zunehmen wird. Warum sollte das so

306 Ebenda, S.64-65.

sein, wenn der Einsatz von Pflegetechnologien in diesen Bereichen bislang nicht mit Vorteilen verbunden war bzw. Vorteile auch „künftig“ nicht erwartet werden? In Bereichen, in denen es ganz direkt um die Pflege und Betreuung geht (Freizeitgestaltung der Pflegeempfangenden, Körperliche Unterstützung der Pflegearbeit und Assistenz-, Unterhaltungs- und Therapierobotik) wurde deutlich seltener mit einer weiteren Digitalisierung gerechnet. Es ist in diesen Bereichen ohnehin nicht klar, warum sich durch die eingesetzten Technologien die Arbeitsproduktivität erhöhen sollte, sie zielen eher auf eine körperliche und psychische Entlastung der Pflegekräfte.³⁰⁷

In der Studie von Daum/Kolb (2022), in der keine Leitenden von Pflegediensten und -einrichtungen, sondern Mitglieder von Betriebs- und Personalaräten sowie Mitarbeitendenvertretungen befragt wurden, finden sich einige Angaben, die darauf schließen lassen, dass die in der Pflege Beschäftigten davon ausgehen, dass es durch die zunehmende Digitalisierung zwar zu Effizienzerhöhungen kommen könne, sie selbst davon aber herzlich wenig hätten. Der Aussage „Die Verwaltungs- und Dokumentationsaufgaben nehmen infolge des Einsatzes digitaler Anwendungen wie der digitalen Akte oder mobiler Endgeräte ab“ stimmten nur 17 Prozent der Befragten aus dem Bereich der Altenpflege zu oder eher zu.³⁰⁸ Warum das so ist, wird bei der Zustimmung zur Aussage „In meiner Einrichtung sind durch den Einsatz digitaler Technologien in der Pflege neue und zusätzliche Aufgaben und Tätigkeiten entstanden“ klar. 72 Prozent der Befragten stimmten der Aussage zu oder eher zu.³⁰⁹ Was aus Sicht der Pflegekräfte alles andere als erfreulich wäre, würde – wenn die Angaben verlässlich sind – dafür sprechen, dass es in den Pflegediensten und -einrichtungen zu Effizienzerhöhungen gekommen ist, die aber nicht zur Entlastung der Pflegekräfte eingesetzt wurden, sondern zur Vermehrung der Tätigkeiten bei gleichem oder möglicherweise sogar geringerem Personaleinsatz – denn 17 Prozent der Befragten aus dem Bereich der Altenpflege stimmten der Aussage zu, dass es durch den Einsatz digitaler Technologien zu einer Substitution von Arbeitsplätzen gekommen sei.³¹⁰ Ob es sich dabei um Pflege- oder Verwaltungskräfte gehandelt hat, wird leider nicht aufgeklärt. Die Autoren der Studie scheinen jedenfalls nicht der Ansicht zu sein, es handele sich um eine Substitution von Pflegekräften, denn sie schreiben: *„Die Einführung von Technik bzw. digitaler Technologie hat – wie bereits zuvor dargelegt – nur geringe Effekte auf die Zahl der*

307 Braeseke u. a. (2020, S.69f.).

308 Vgl. Daum/Kolb (2022, S.33).

309 Ebenda.

310 Ebenda, S.40.

*Arbeitsplätze in der Pflege. Einerseits, weil die Auswirkungen auf die Pflegeleistungen als marginal eingeschätzt werden können, andererseits ist die Zahl der nachgefragten Arbeits- bzw. Fachkräfte anhaltend hoch, sodass sich die etwaigen Substitutionseffekte bei bestimmten Tätigkeiten nicht in der Zahl der Arbeitsplätze bzw. der Arbeitskräfte niederschlagen.*³¹¹ Die Fragestellung zielte jedoch nicht auf die Substitution von Tätigkeiten, die eine regelmäßige Folge technischen Fortschritts ist, sondern auf die Substitution von Arbeitsplätzen. Wie dem auch sei, die Angaben der Befragten sprechen eher für Effizienzerhöhungen, aber verbunden mit der Entstehung neuer Aufgaben. Wenn sich Effizienzgewinne tatsächlich so einseitig niederschlagen bzw. nicht auch zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen und/oder der Pflegequalität genutzt werden, wäre das aus betriebswirtschaftlicher Sicht kurzfristig vorteilhaft, würde aber nichts an den in Kapitel 4 beschriebenen Arbeitsbedingungen ändern oder sie sogar noch verschlechtern, was mittelfristig den Personalmangel eher noch verschärfen würde. Wie in Abschnitt 6.6.2. noch besprochen wird, ist das auch das primäre Ergebnis von Daum/Kolb (2022).

Eine positivere Einschätzung der Auswirkungen des Einsatzes zweier digitaler Pflegetechnologien aus dem Bereich der pflegedienstinternen IKT auf eine effizientere Arbeitsorganisation ist in einer Studie von Hahnel u.a. (2022) zu finden. Befragt wurden dabei die Leitenden ambulanter Pflegedienste sowie Kostenträger der Pflegeversicherung. Die beiden optimalerweise miteinander kombinierten, aber einzeln untersuchten Technologien waren digitale Tourenbegleiter sowie die digitale Touren- und Dienstplanung. Die Befragten konnten Aussagen zustimmen bzw. nicht zustimmen, die auf die Frage abzielten, ob der Einsatz der beiden Technologien zu einer besseren Koordinierung der Leistungserbringung aufgrund des optimierten Personaleinsatzes führt. Damit wäre in jedem Fall eine Effizienzerhöhung verbunden. In Bezug auf digitale Tourenbegleiter waren 30 Prozent der Befragten der Ansicht, dass die Aussage völlig zutrifft, für weitere 21,1 Prozent traf die Aussage (nur) zu und für 11,7 Prozent traf die Aussage zum Teil zu. 23,9 Prozent der Befragten waren der Auffassung, dass digitale Tourenbegleiter nicht zu einer besseren Koordinierung der Leistungserbringung beitragen. Das ist kein ganz so positives Ergebnis wie es Braeseke u.a. (2017) hinsichtlich der dort untersuchten digitalen Pflegetechnologien erzielt hatten, allerdings begrenzten Hahnel u.a. (2022) ihre Befragung auch nicht auf tatsächliche Nutzer dieser Technologie. Noch positiver wird der Einsatz einer digitalen Touren- und Dienstplanung bewertet. 40,5 Prozent der Befragten

311 Ebenda, S.39.

stimmten der Aussage, dass diese Technologie zu einer besseren Koordinierung der Leistungserbringung aufgrund eines optimierten Personaleinsatzes führt, völlig zu, 24,2 Prozent stimmten (nur) zu und 14,4 Prozent stimmten teilweise zu. Lediglich 14 Prozent der Befragungsteilnehmer vertraten die Auffassung, ein optimierter Personaleinsatz sei mit dem Einsatz dieser Technologie nicht zu erreichen.³¹² Möglicherweise hatten letztere Befragte sogar (unfreiwillig) recht, denn der Einsatz einer digitalen Touren- und Dienstplanung zielt zwar auf einen optimierten Personaleinsatz, doch ein optimaler Personaleinsatz ist auch auf dem klassischen Wege einer Planung ohne technische Hilfsmittel möglich. Worum es beim Einsatz dieser Technologie eigentlich geht, ist eine hochkomplexe Koordinierungsaufgabe teilweise zu automatisieren; es ist schwer vorstellbar, dass dies nicht effizienter als die klassische Vorgehensweise ist.

In der Studie von an der Heiden/Bernhard/Otten (2023) konnten die Leitenden ambulanter Pflegedienste und stationärer Pflegeeinrichtungen die Frage beantworten, welche Vorteile sie in einer Nutzung digitaler Technologien sehen. Wie schon an anderer Stelle bemängelt, wurden bei dieser Frage völlig unterschiedliche digitale Pflegetechnologien mit ebenso unterschiedlichen Potentialen, Pflegeprozesse effizienter zu gestalten, unter einem allgemeinen Oberbegriff zusammengefasst. Auch wurde keine Unterscheidung vorgenommen, in welchem Ausmaß die befragten Pflegedienste und -einrichtungen digitale Technologien überhaupt selbst nutzen. Wie an der Heiden/Bernhard/Otten (2023) selbst an anderer Stelle ihrer Studie zeigten, war der Digitalisierungsgrad der verschiedenen befragten Pflegeanbieter sehr unterschiedlich, sodass sich auch die Erfahrungen mit diesen Technologien deutlich unterschieden.³¹³ Dennoch überwogen hinsichtlich möglicher Effizienzerhöhungen die positiven Einschätzungen. 67 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen und 69 Prozent der ambulanten Pflegedienste verbanden mit der Nutzung digitaler Technologien eine „Verschlankung der Prozesse“, womit vermutlich vor allem sekundäre Prozesse der Pflege im Verwaltungsbereich, die durch den Einsatz digitaler Pflegetechnologien teilautomatisiert werden können, gemeint waren. Und vermutlich ging es dabei auch um den Abbau der zurzeit oftmals noch vorhandenen Doppelstrukturen, die zur Folge haben, dass neben der digitalen Datenerfassung die Vorfahrt und Versendung von Dokumenten in Papierform erforderlich ist. Der zuletzt genannte Punkt ist möglicherweise auch mitentscheidend dafür,

312 Vgl. Hahnel u. a. (2022, S.30).

313 Vgl. an der Heiden/Bernhard/Otten (2023, S.89).

dass 65 Prozent der Leitenden stationärer Pflegeeinrichtungen und 69 Prozent der Leitenden ambulanter Pflegedienste eine „Entbürokratisierung (z. B. der Pflege- und Therapiedokumentation) erwarteten. Obwohl beide genannten Vorteile zu effizienteren Prozessen führen, konnten als Vorteil der Digitalisierung auch ganz direkt „Effizienzsteigerungen (z. B. bei der Erstellung von Dienst- oder Tourenplänen bzw. Abrechnungen)“ genannt werden. Erwartungsgemäß ist dieser Punkt für ambulante Pflegedienste wichtiger: 66 Prozent ihrer Leitenden gingen von solchen Effizienzsteigerungen aus, bei den stationären Pflegeeinrichtungen waren 58 Prozent der Leitenden dieser Auffassung. Einen „verbesserten Leistungsaustausch mit anderen Leistungserbringern“ sahen 56 Prozent der Leitenden stationärer Pflegeeinrichtungen und 52 Prozent der Leitenden ambulanter Pflegedienste als Vorteil der Digitalisierung; auch dieser Aspekt ist mit Effizienzerhöhungen verbunden, z. B. wenn Informationen zwischen verschiedenen Leistungserbringern in standardisierter Form digital ausgetauscht werden können oder wenn ihre Zusammenarbeit einfacher und verlässlicher wird, sodass Verzögerungen und Wartezeiten auf die Meldung der jeweils anderen Seite vermieden werden. Vor dem Hintergrund der vielen indirekt und direkt genannten Effizienzgewinne ist es erstaunlich, dass „nur“ 36 Prozent der Leitenden stationärer Pflegeeinrichtungen und 49 Prozent der Leitenden ambulanter Pflegedienste „Kostenersparnisse“ als einen Vorteil des Einsatzes digitaler Technologien benannten.³¹⁴ Könnte es doch so sein, dass Effizienzgewinne und eine damit verbundene Erhöhung der Arbeitsproduktivität zumindest nicht ausschließlich zur Einsparung von Kosten, sondern auch für eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Pflegequalität eingesetzt werden?³¹⁵

Auch die Studie von Remmert (2024) befasst sich unter anderem mit Effizienzerhöhungen durch den Einsatz digitaler Technologien. Interessanterweise unterscheiden die in dieser Studie verwendeten Fragen zwischen gegenwärtigen Auswirkungen des Einsatzes digitaler Technologien und erwarteten Auswirkungen des Technologieeinsatzes in fünf Jahren.³¹⁶ Leider

314 Ebenda, S.94.

315 Möglicherweise sind die Leitenden von Pflegediensten und -einrichtungen auch deshalb zurückhaltend, Kosteneinsparungen als Vorteil des Einsatzes digitaler Technologien zu nennen, weil sie (a) eine Refinanzierung der Investition in digitale Technologien durch Kostenträger anstreben und (b) befürchten, dass tatsächlich realisierte Kosteneinsparungen bei Verhandlungen mit Kostenträgern zum Versuch Letzterer führen könnten, die Pflegesätze zu verringern.

316 Leider untergräbt die Studie dieses eigentlich interessante Konzept etwas, indem bei Einschätzungen der gegenwärtigen Auswirkungen der „Nutzung digitaler Lösungen“ im Text von „er-

fasst auch diese Studie alle digitalen Technologien unter einem Oberbegriff zusammen und unterscheidet zudem nicht nach dem Digitalisierungsgrad der befragten (diakonischen) Einrichtungen.³¹⁷ Auch werden die Ergebnisse für stationäre Pflegeeinrichtungen und ambulante Pflegedienste nicht getrennt aufgeführt, auch wenn im Text der Studie Hinweise auf ein unterschiedliches Antwortverhalten enthalten sind. Antworten konnten auf einer Fünferskala gegeben werden, die von 1 (keine Verbesserung) bis 5 (große Verbesserung) reichte. Nicht klar ist, was bei dieser Einteilung die Werte 2 bis 4 genau besagen; eigentlich muss man davon ausgehen, dass selbst der Wert 2 eine kleine Verbesserung und 3 eine mittelgroße Verbesserung bedeutet. Vermutlich ist aber mit 2 eine eher negative Einschätzung gemeint und mit 3 eine leicht positive. Hinsichtlich der gegenwärtigen Auswirkungen der Digitalisierung auf Prozesse, deren Verbesserung zu Effizienzerhöhungen führt, überwogen die positiven Einschätzungen. Im Bereich „Verbesserung der Kommunikation und Koordination“ gaben 49 Prozent der Dienste und Einrichtungen die Werte 4 oder 5 an, während nur 19 Prozent die Werte 1 und 2 wählten. Interpretiert man 3 als mittelgroße Verbesserung sind die Ergebnisse noch positiver, denn 33 Prozent der Befragten wählten diesen Wert. Im Bereich „Effizientere Arbeitsabläufe“, die ja eigentlich ein Ergebnis verbesserter Koordination sein sollten, waren die Einschätzungen geringfügig weniger positiv. 48 Prozent der Dienste und Einrichtungen vergaben hier die Werte 4 oder 5, weitere 32 Prozent den Wert 3. 20 Prozent der befragten Einrichtungen sind weniger überzeugt davon, dass Digitalisierung zu effizienteren Arbeitsabläufen beitrage, und vergaben die Werte 1 oder 2.³¹⁸ Die Befragten erwarteten jedoch, dass digitale Technologien in fünf Jahren noch zu deutlich ausgeprägteren Effizienzzuwächsen führen. Im Bereich „Verbesserung der Kommunikation und Koordination“ vergaben nun 75 Prozent der Befragten die Werte 4 oder 5 und nur 9 Prozent blieben pessimistisch und vergaben die Werte 1 oder 2. Im Bereich „Effizientere Arbeitsabläufe“ vergaben nun 72 Prozent der Befragten die Werte 4 oder 5, nur 11 Prozent wählten 1 oder 2.³¹⁹ Da es in der Studie von Remmert (2024) vor allem um die Anbindung von Pflegediensten und -einrichtungen an die Telematikinfrastruktur ging, kann angenommen werden, dass die Befragten gerade hierdurch ausgeprägt positive Auswirkungen vermuteten.

hofften“ oder „erwarteten“ Auswirkungen der Digitalisierung die Rede ist. In der Fragestellung tauchen diese Begriffe jedoch nicht auf, sodass die Antworten wohl eher Einschätzungen der Befragten auf Grundlage von *Erfahrungen* und nicht *Erwartungen* wiedergeben.

317 Vgl. Remmert (2024, S.5).

318 Ebenda, S.6.

319 Ebenda, S.7.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass (a) alle Studienergebnisse auf das Vorliegen zum Teil erheblicher Effizienzzuwächse durch den Einsatz digitaler Technologien hinweisen und (b) die Ursachen dieser Zuwächse vor allem in einer besseren Koordination und Organisation der Arbeit in den Pflegediensten und -einrichtungen, einer Verschlankung der Verwaltung und einer Verringerung bürokratischen Aufwandes gesehen werden. Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass Potentiale ausschließlich oder so gut wie ausschließlich in der Ausweitung der Anwendung von Informations- und Kommunikationstechnologien gesehen werden. Zwar wurde leider in beinahe allen Studien nicht zwischen verschiedenen digitalen Pflegetechnologien unterschieden; die Funktionsbereiche der Pflege, in denen Effizienzzuwächse vermutet werden, deuten aber nicht darauf hin, dass die Grundlage effizienterer Prozesse der Einsatz von AAL-Technologien und Pflegerobotik ist. Unabhängig vom Funktionsbereich effizienterer Pflegeprozesse ist anzunehmen, dass z.B. der Einsatz eines Transportroboters, der Wäsche oder Material durch eine stationäre Pflegeeinrichtung befördert und damit eine einzige Tätigkeit automatisiert, zu deutlich geringeren Effizienzzuwächsen beitragen kann als beispielsweise eine digitale Dienst- und Tourenplanung, die einen hochkomplexen Prozess teilautomatisiert und Auswirkungen auf die Effizienz der Leistungserbringung aller Pflegekräfte eines Pflegedienstes hat, insbesondere wenn sie mit digitalen Tourenbegleitern, digitalen Pflegedokumentationen, digitalen Leistungserfassungssystemen und gegebenenfalls noch mit einigen anderen Funktionsbereichen der Pflege vernetzt wird.

6.6.2. Auswirkungen des Einsatzes digitaler Pflegetechnologien auf die Arbeitsbedingungen

Jede Erhöhung der Effizienz der primären und sekundären Pflegeprozesse eines Pflegeanbieters kann grundsätzlich zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen beitragen, beispielsweise wenn dadurch erzielte Zeitgewinne zu einer Verringerung der Arbeitsintensität genutzt werden oder eine digitale Tourenplanung nicht nur Fahrtzeiten und den Kraftstoffverbrauch verringert, sondern auch den Stress der Pflegekräfte ambulanter Pflegedienste. Verbesserungen der Arbeitsbedingungen sind aber selbstverständlich auch auf andere Weise möglich, etwa durch den vermehrten Einsatz assistiver Pflegetechnologien. Und natürlich ist auch eine gegenteilige Auswirkung des Einsatzes digitaler Pflegetechnologien auf die Arbeitsbedingungen möglich. Werden sie für eine ausgeprägte Leistungskontrolle der Beschäftigten eingesetzt oder fördern sie die sogenannte Minutenpflege, kann die Digitalisie-

rung der Pflege auch mit einer weiteren Verschlechterung der Arbeitsbedingungen einhergehen.

In der Studie von Braeseke u.a. (2017) finden sich nur sehr wenige Fragen, die sich mit einer potenziellen Verbesserung der Arbeitsbedingungen von Pflegekräften durch den Einsatz einer vernetzten Tourenplanung und Leistungsabrechnung bzw. elektronischen Pflegedokumentation beschäftigen. Das dürfte daran liegen, dass die Studie vornehmlich auf betriebswirtschaftliche Auswirkungen der Einführung der beiden Technologien ausgerichtet war – obwohl eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen natürlich ebenfalls betriebswirtschaftliche Auswirkungen haben kann, nur lassen sich diese schwerer quantifizieren. Bei Antworten auf Fragen nach den Vorteilen einer vernetzten Tourenplanung und Leistungsabrechnung, wurden diese von den Nutzern dieser Technologie, wie unter 6.6.1. bereits besprochen wurde, vor allem in Effizienzzuwächsen gesehen. In einem relativ hohen Ausmaß wurden jedoch auch Aspekte, die mit einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen einhergehen, als Vorteile gesehen. 71 Prozent der Befragten gingen davon aus, dass die vernetzte Tourenplanung und Leistungsabrechnung den Stress der Beschäftigten verringert, wobei leider nicht zwischen Verwaltungs- und Pflegekräften unterschieden wurde. Weniger von einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen überzeugt zeigten sich die befragten Leitenden ambulanter Pflegedienste bei einer anderen Auswirkung. 48 Prozent der Nutzer einer vernetzten Tourenplanung und Leistungsabrechnung waren der Auffassung, sie erlaube es, dass Pflegekräfte mehr Zeit mit Pflegeempfangenden verbringen können.³²⁰ Zu den Vorteilen einer elektronischen Pflegedokumentation befragt, die sich hauptsächlich auf Pflegekräfte auswirkt, waren die befragten Einrichtungsleitenden leicht optimistischer. 74 Prozent der Nutzer dieser Technologie gingen davon aus, dass sie zu einem verringerten Stress der Pflegekräfte führe und 52 Prozent gaben an, die elektronische Pflegedokumentation erlaube es den Pflegekräften, mehr Zeit mit den zu pflegenden Personen zu verbringen – hoffentlich nicht nur deshalb, weil sie die Pflegedokumentation noch ausdrucken und die Pflegeempfangenden sie noch unterschreiben müssen.³²¹ Nach den wichtigsten Aspekten einer elektronischen Pflegedokumentation gefragt, nannte der weitaus größte Teil der befragten Leitenden ambulanter Pflegedienste, dass sie zu einer schnelleren Dokumentation und somit zu Zeitersparnissen führe.³²² Es wurde leider

320 Vgl. Braeseke u.a. (2017, S.43).

321 Ebenda, S.57.

322 Ebenda, S.64.

nicht danach gefragt, warum das für die Leitenden so wichtig ist – ob sie also wirklich daran interessiert sind, die Pflegekräfte zu entlasten, oder ob sie die Zeitersparnisse nutzen wollen, damit sich Pflegekräfte anderweitig produktiv einbringen können. Leitende konnten allerdings auch angeben, ob die Möglichkeit einer Kontrolle der Pflegekräfte zu den wichtigen Aspekten zählt, die eine elektronische Pflegedokumentation mit sich bringt. Das ist überwiegend nicht der Fall, auch wenn immerhin 27 Prozent der Leitenden diese Angabe machten.³²³ Allerdings eignet sich eine elektronische Pflegedokumentation auch nur begrenzt zur (Leistungs-)kontrolle von Pflegekräften, soweit sie nicht mit anderen digitalen Pflegetechnologien vernetzt wird. Eine vermehrte Kontrolle wäre weit mehr mithilfe der vernetzten Tourenplanung und Leistungsabrechnung möglich, aber eine Frage zur Möglichkeit der Kontrolle von Pflegekräften wurde Nutzern dieser Technologie leider nicht gestellt.

Die Studie von Kuhlmei u. a. (2019) weist die beiden Vorteile auf, dass ausnahmsweise einmal Pflegekräfte den Einfluss des Einsatzes digitaler Pflegetechnologien auf ihre Arbeitsbedingungen bewerten konnten und der Einsatz dieser Technologien in verschiedenen Funktionsbereichen der Pflege untersucht wurde. Nachteilig ist, dass Pflegekräfte aus verschiedenen Einsatzbereichen der Pflege (Altenpflege, Krankenhäuser) befragt wurden und keine getrennte Auswertung vorgenommen wurde. Da andere Studien, z. B. Daum/Kolb (2022) und an der Heiden/Bernhard/Otten (2023), gezeigt haben, dass die Auswirkungen des Einsatzes von Digitalisierungstechnologien auf Pflegekräfte aus verschiedenen Pflegeeinsatzbereichen nicht sehr unterschiedlich sind, ist dieser Nachteil möglicherweise nicht entscheidend. Danach gefragt, in welchen Bereichen der Einsatz von Pflegetechnologien die Pflegearbeit attraktiver mache, gaben jeweils deutlich über 60 Prozent der Pflegekräfte an, dies sei für Dokumentation, Monitoring und körperliche Unterstützung voll und ganz oder eher der Fall, die restlichen Pflegekräfte wählten vorwiegend die Antwort teils/teils.³²⁴ Einzig bei der sozialen und emotionalen Unterstützung der Pflegeempfangenden, also hauptsächlich in den Bereich der Bezugspflege fallenden Tätigkeiten, überwog die Ansicht, der Einsatz von Pflegetechnologien mache den Arbeitsplatz unattraktiver. Ein noch weit größerer Anteil der Pflegekräfte, d. h. je nach Bereich 79 bis 80 Prozent, war der Auffassung, dass Pflegetechnologien in den Bereichen Dokumentation, Monitoring und körperliche Unterstützung bei der Arbeit

323 Ebenda, S.64.

324 Kuhlmei u. a. (2019, S.26).

nützlich sind. Im Bereich emotionale und soziale Unterstützung der Pflegeempfangenden gaben das weniger als 40 Prozent an. Die Ergebnisse waren ähnlich, wenn danach gefragt wurde, ob Pflegetechnologien bei der Arbeit entlastend wirken.³²⁵ Die Pflegekräfte waren zudem weit überwiegend der Auffassung, dass digitale Pflegetechnologien aus den Bereichen Monitoring und Dokumentation dabei helfen, die Arbeit schneller zu erledigen, dies galt allerdings im Bereich soziale und emotionale Unterstützung der Pflegeempfangenden nicht. Bei der körperlichen Unterstützung gingen die Meinungen auseinander.³²⁶ Dass technische Hilfsmittel Pflegekräften nicht helfen, nahm nur eine kleine Minderheit der Befragten an und eine etwas größere Minderheit der Pflegekräfte glaubte, dass der Einsatz von Pflegetechnologien vorwiegend wirtschaftlichen Interessen diene – wiederum mit der Ausnahme von Technologien aus dem Bereich der emotionalen und sozialen Unterstützung.³²⁷ Insgesamt liefert die Studie die positivste Einschätzung der Auswirkungen des Einsatzes digitaler Pflegetechnologien auf die Arbeitsbedingungen – möglicherweise aufgrund einer differenzierteren Fragestellung, die anders als es in den meisten anderen Studien der Fall ist, eine Subsumierung aller Pflegetechnologien unter einen Oberbegriff vermied.

In der Studie von Braeseke u. a. (2020) konnten die Befragten einigen Aussagen zustimmen bzw. nicht zustimmen, die Aspekte der Arbeitsbedingungen zum Gegenstand haben. Die Aussagen wurden wieder sehr allgemein gehalten, spezifische Pflegetechnologien wurden nicht angesprochen. Der Aussage „Die zunehmende technische Unterstützung trägt zur Verringerung der physischen Beanspruchung der Pflegekräfte bei“ stimmten 58,9 Prozent der Leitenden ambulanter Pflegedienste und 66,1 Prozent der Leitenden vollstationärer Einrichtungen zu. Diese hohen Werte deuten darauf hin, dass die Befragten mit technischer Unterstützung den Einsatz assistiver Technologien verbanden, die in vollstationären Einrichtungen eine größere Rolle spielen als in ambulanten Pflegediensten. Der Aussage „Die zunehmende technische Unterstützung trägt zur Verringerung der psychischen Beanspruchung der Pflegekräfte bei“ stimmte ein etwas geringerer Teil der Befragten zu: 45,3 Prozent der Leitenden ambulanter Pflegedienste und 32,3 Prozent der Leitenden vollstationärer Einrichtungen.³²⁸ Die Allgemeinheit der Begriffswahl „Technische Unterstützung“ erschwert eine Interpretation dieses Ergebnisses. Wodurch genau können Pflegekräfte psychisch entlastet wer-

325 Ebenda, S.27.

326 Ebenda.

327 Ebenda, S.29-30.

328 Braeseke u. a. (2020, S.70).

den? Durch eine Verringerung der Arbeitsintensität, durch zufriedenerere Pflegeempfangende oder durch eine Verringerung anderer Stressfaktoren? Es ist gut möglich, dass die Leitenden ambulanter Pflegedienste von ganz anderen Technologien ausgingen als die Leitenden stationärer Pflegeeinrichtungen. Wie schon in Abschnitt 6.6.1. besprochen wurde, ging nur ein geringer Teil der Leitenden davon aus, dass durch den Einsatz von „Technik“ der Personaleinsatz pro pflegebedürftiger Person im Bereich Pflege und Betreuung verringert werden könne. Auch das spricht dafür, dass die Befragten durch die unglücklich formulierten Aussagen allein vom Einsatz assistiver Technologien ausgingen, sodass die Zustimmungswerte bzw. Ablehnungswerte wenig aussagekräftig sind.

Eine tiefergehende Analyse der Auswirkungen des Einsatzes digitaler Pflegetechnologien auf die Arbeitsbedingungen liefert die Studie von Daum/Kolb (2022). Befragt wurden hier Mitglieder von Betriebs- und Personalräten sowie von Mitarbeitendenvertretungen. Die Befragten wurden zunächst um Zustimmung/Ablehnung der Aussage „Die Arbeit in der Pflege wird durch den Einsatz digitaler Technologien nicht beeinflusst“ gebeten. Unter den in der Altenpflege beschäftigten Befragten war eine erstaunlich große Minderheit (37 Prozent) dieser Auffassung, 57 Prozent waren hingegen der Meinung, Digitalisierung habe durchaus Einfluss auf die Arbeit in der Pflege.³²⁹ Ob jene 37 Prozent, die nicht dieser Meinung waren, die direkte Arbeit mit Pflegeempfangenden meinten, die ja tatsächlich nicht sehr durch Digitalisierung verändert wird, muss leider ungeklärt bleiben. Die Hoffnung, dass der Einsatz digitaler Technologien zu Zeitgewinnen und einer damit verbundenen Verringerung der Arbeitsintensität führt, teilten die Befragten aus der Altenpflege größtenteils nicht; 76 Prozent konnten der Aussage „Die Arbeitsintensität hat infolge des Einsatzes von Technik und digitaler Technologie abgenommen“ nicht oder eher nicht zustimmen, nur 17 Prozent stimmten zu.³³⁰ Wie schon in Abschnitt 6.6.1. diskutiert wurde, liegt das wohl daran, dass (nach Ansicht einer deutlichen Mehrheit der Befragten) durch Digitalisierung neue Aufgaben und Tätigkeiten hinzugekommen sind.³³¹ Im Ergebnis haben dann folgerichtig auch die psychischen und physischen Belastungen der Pflegekräfte nicht abgenommen. Der Aussage „Die zunehmende technische Unterstützung trägt zur Verringerung der psychischen Belastungen der Pflegekräfte bei“ stimmten nur 21 Prozent der Befrag-

329 Vgl. Daum/Kolb (2022, S.29).

330 Ebenda, S.31.

331 Ebenda, S.31 und S.33.

ten aus der Altenpflege zu.³³² Und die Aussage „Die zunehmende technische Unterstützung trägt zur Verringerung der körperlichen Belastungen der Pflegekräfte bei“ fand bei lediglich 27 Prozent der in der Altenpflege beschäftigten Befragten Zustimmung.³³³ Die Verantwortung für die eher negativen Auswirkungen des Einsatzes digitaler Pflgetechnologien auf die Arbeitsbedingungen sahen die Befragten mutmaßlich nicht vorwiegend bei den Pflegeanbietern, sondern beim Staat. Nur 4 Prozent der Befragten stimmten (im Jahr 2022) zu, dass sich die Arbeitsbedingungen durch staatliches Handeln verbessert hätten.³³⁴ Die Verantwortung der Pflegeanbieter für diese Entwicklung wurde nicht erfragt, weitere Antworten lassen aber erkennen, dass sich die Befragten der wirtschaftlichen Zwänge von Pflegeanbietern bewusst waren. So waren z.B. 86 Prozent der Befragten der Meinung, der Staat müsse (wohl über seinen Einfluss auf die Kostenträger) die Betriebskosten digitaler Technologien refinanzieren und 77 Prozent gaben an, der Staat müsse auch die Kosten für zusätzliches IT-Personal tragen.³³⁵ Diese Angaben offenbaren auch eine gewisse Widersprüchlichkeit zu den zuvor aufgeführten Ergebnissen. Denn wenn sich die Digitalisierung der Pflege so negativ auf Pflegekräfte ausgewirkt hat, warum befürworteten die Befragten dann eine staatliche Subventionierung der damit einhergehenden Kosten?

Es stellt sich daher die Frage, ob die Ergebnisse von Daum/Kolb (2022) darauf zurückzuführen sind, dass nur Beschäftigtenvertreter:innen befragt wurden. Die Mitglieder von Beschäftigtenvertretungen haben berechtigterweise stets die Interessen derjenigen im Blick, die sie vertreten. Es ist daher nicht zu erwarten, dass sie die Entwicklung der Arbeitsbedingungen unter dem Einfluss zunehmender Digitalisierung über den grünen Klee loben. Die Umfrage wurde zudem während der Covid-Pandemie durchgeführt, als Pflegekräfte unter erheblich erschwerten Bedingungen arbeiten mussten, sodass die eventuell positiven Auswirkungen der Digitalisierung von den negativen Auswirkungen der Pandemie überlagert worden sein könnten. Ob man die Ergebnisse von Daum/Kolb (2022) für valide hält oder nicht, sollte jedoch nicht den Blick darauf verstellen, dass sich Verbesserungen der Arbeitsbedingungen bei einer zunehmenden Digitalisierung der Pflege nicht von allein ergeben. Auf einem Wettbewerbsmarkt können Pflegeanbieter nicht jeden Effizienzgewinn in eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen umwandeln. Will man, dass es zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen kommt,

332 Ebenda, S.32.

333 Ebenda, S.35.

334 Ebenda, S.52.

335 Ebenda, S.54.

muss letztlich der Staat Regeln setzen, zu wessen Gunsten sich Effizienzzuwächse in der Pflege auswirken, so wie er es beispielsweise bei der Einführung des Strukturmodells der Pflegedokumentation getan hat.

Die aktuellsten und leider nur sehr spärlichen Daten zu Auswirkung des Einsatzes digitaler Pflegetechnologien auf die Arbeitsbedingungen finden sich in der Studie von an der Heiden/Bernhard/Otten (2023). In wieder sehr allgemeiner Form nach den Vorteilen der Digitalisierung gefragt, gaben 65 Prozent der Leitenden stationärer Pflegeeinrichtungen und 68 Prozent der Leitenden ambulanter Pflegedienste an, sie führe zu einer Entlastung des Personals. Wie schon in Abschnitt 6.6.1. angesprochen, gaben hingegen nur 36 Prozent der Leitenden stationärer Pflegeeinrichtungen und 49 Prozent der Leitenden ambulanter Pflegedienste an, Vorteil der Digitalisierung seien Kostenersparnisse – obwohl zugleich Effizienzzuwächse infolge der Digitalisierung als von einer deutlichen Mehrheit ebenfalls als Vorteil genannt wurden. Es könnte daher durchaus so sein, dass der Personalmangel in der Pflege mittlerweile zur Folge hat, dass Effizienzzuwächse zu einem größeren Teil an Pflegekräfte weitergegeben werden bzw. seltener dazu genutzt werden, den aufgrund von Zeitersparnissen freiwerdenden Ressourcen der Pflegekräfte mit der Übertragung neuer Aufgaben zu begegnen.

In der Gesamtbetrachtung spricht vieles dafür, dass der Einsatz digitaler Pflegetechnologien die Arbeitsbedingungen in der Pflege positiv beeinflussen kann. Dieses Ergebnis tritt aber nicht von selbst ein. Wie Kuhlmei u.a. (2019) zeigten, hängen die Auswirkungen z.B. davon ab, ob die Technologien in Bereichen eingesetzt werden, in denen sie einen vorhandenen Bedarf der Pflegekräfte decken und mit den Ansprüchen guter Pflegearbeit vereinbar sind. Und wie Daum/Kolb (2022) feststellten, sind auch die staatlichen bzw. gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen entscheidend. Diese Rahmenbedingungen betreffen nicht nur Regelungen, die direkt auf die Arbeitsbedingungen zielen. Auch die wirtschaftlichen Bedingungen der Pflegeanbieter haben einen entscheidenden Einfluss darauf, wie sich durch den Einsatz von digitalen Pflegetechnologien erzielte Effizienzzuwächse auf die Arbeitsbedingungen auswirken. Gerade für ambulante Pflegedienste ist es entscheidend, dass Investitionen in digitale Technologien refinanziert werden. Wenn es das erklärte Ziel der Gesundheitspolitik ist, den Personalmangel in der Pflege durch eine nachhaltige Verbesserung der Arbeitsbedingungen abzumildern, dann muss sie unter anderem dafür Sorge tragen, dass Pflegeanbieter über den finanziellen Spielraum verfügen, durch Digitalisie-

rung ermöglichte Effizienzzuwächse auch zugunsten einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege verwenden zu können.

6.6.3. Auswirkungen des Einsatzes digitaler Pflegetechnologien auf die Pflegequalität

Verbesserungen der Pflegequalität hängen eng mit einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege zusammen. Das ist aber natürlich nicht der einzige Einflussfaktor. Eine bessere Nutzung der innerhalb von Pflegediensten und -einrichtungen erzeugten Datenflüsse kann wichtige Hinweise auf Maßnahmen liefern, die zu einer Verbesserung der Pflegequalität führen. Die Nutzung von AAL-Technologien kann es Pflegeempfangenden ermöglichen, länger in der eigenen Häuslichkeit zu verbleiben und über eine hiermit verbundene Erleichterung der selbständigen Lebensführung Pflegeempfangender kann ein positiver Einfluss auf ihre Lebenszufriedenheit erreicht werden. Automatisierte Monitoringsysteme und Sensoren ermöglichen es, Verschlechterungen des Gesundheitszustandes Pflegeempfangender frühzeitig zu erkennen und beim Eintritt von Notfällen schnell eingreifen zu können. Und die vermehrte Nutzung pflegedienst- bzw. -einrichtungsübergreifender Informations- und Kommunikationstechnologien bzw. Fortschritte der intersektoralen Zusammenarbeit im Gesundheitssystem ermöglichen eine friktionsfreie Koordination der Leistungen von Pflegeanbietern und anderen Gesundheitsakteuren sowie einen deutlich schnelleren Informationsaustausch, sodass Pflegeempfangende zeitnah die bestmögliche Versorgung erhalten können. Der Einsatz digitaler Pflegetechnologien hat daher theoretisch großes Potential, die Pflegequalität erheblich zu verbessern.

Die Studie von Braeseke u. a. (2017) untersuchte mit der vernetzten Tourenplanung und Leistungsabrechnung sowie der elektronischen Pflegedokumentation zwei Technologien, die nur indirekte Auswirkungen auf die Pflegequalität haben. Zum einen, indem sie die Arbeitsbedingungen von Pflegekräften verbessern und darüber ihre Arbeitszufriedenheit erhöhen können. Zum anderen, allerdings nur beim Einsatz der elektronischen Pflegedokumentation, über die Gewährleistung einer effizienteren, strukturierteren und inhaltlich valideren Pflegeplanung, Pflegedokumentation und Dienstübergabe. Bei einer Vernetzung der elektronischen Pflegedokumentation mit sekundären Prozessen der Pflege, z. B. mit dem Qualitätsmanagement, sind auch auf diesem Wege Verbesserungen der Pflegequalität möglich. Überraschend deutlich, gaben 80 Prozent der eine vernetzte Tourenplanung und Leistungsabrechnung nutzenden Leitenden ambulanter

Pflegedienste an, dass sie unter anderem zu einer verbesserten Qualität der Pflege und Betreuung führe. 71 Prozent der Leitenden gaben zudem an, dass eine vernetzte Tourenplanung und Leistungsabrechnung zu einer erhöhten Kundenzufriedenheit beitrage.³³⁶ Etwas rätselhafterweise waren zugleich 51 Prozent der befragten Nutzer einer vernetzten Tourenplanung und Leistungsabrechnung der Überzeugung, einer ihrer Nachteile liege darin, dass sie *nicht* zu einer Verbesserung der Pflege- und Betreuungsqualität beitrage.³³⁷ Da sowohl bei den Vorteilen als auch bei den Nachteilen dieser Technologie nur tatsächliche Nutzer befragt wurden, ist das Ergebnis nur so zu erklären, dass die Fragen zu den Vor- und Nachteilen einer vernetzten Tourenplanung und Leistungsabrechnung jeweils nur von den Leitenden beantwortet worden ist, die überhaupt Vor- bzw. Nachteile gesehen haben.³³⁸ In der Studie findet sich leider kein Hinweis darauf, wie viele ambulante Pflegedienste die Fragen zu den Vorteilen bzw. Nachteilen dieser Technologie beantwortet haben. Auf diese Weise sind die Angaben zur Pflegequalität leider einigermaßen wertlos. Der Einsatz einer elektronischen Pflegedokumentation hat nach Ansicht der befragten Nutzer dieser Technologie einen geringeren, aber immer noch großen Effekt auf die Pflegequalität; 74 Prozent der Leitenden gingen von einem positiven Effekt auf die Pflege und Betreuung und 64 Prozent von einer höheren Kundenzufriedenheit aus.³³⁹ Doch hier ist das gleiche Problem zu beobachten, das bereits geschildert worden ist: Immerhin 39 Prozent der befragten Nutzer bezeichneten es als einen Nachteil der elektronischen Pflegedokumentation, dass sie *nicht* zu einer Verbesserung der Qualität von Pflege und Betreuung beitrage.³⁴⁰ Obwohl in beiden Fällen die Prozentwerte der positiven Einschätzungen bezüglich der Auswirkungen des Einsatzes der Technologien auf die Pflegequalität weit überwiegen, ist ohne eine Angabe der Anzahl an Befragten, die sich zu Vorteilen bzw. Nachteilen der Technologien geäußert haben, keine Schlussfolgerung möglich, ob die Auswirkungen auf die Pflegequalität von den Leitenden überwiegend positiv beurteilt worden sind. In der Studie findet sich noch eine weitere Statistik, aus der immerhin abgeleitet werden kann, dass Verbesserungen der Pflegequalität durch den Technologieeinsatz für die Befragten eine durchaus wichtige Rolle spielt. Danach gefragt, was die wichtigsten Aspekte bei der Nutzung einer elektronischen Pflegedokumentation sind, gaben 72 Prozent der Befragten an, es sei wichtig oder sehr wichtig, dass

336 Vgl. Braeseke u. a. (2017, S.43).

337 Ebenda, S.44. Bei den Nachteilen wurde nicht nach der Kundenzufriedenheit gefragt.

338 Sowohl bei den Vorteilen als auch bei den Nachteilen waren Mehrfachantworten möglich.

339 Ebenda, S.57.

340 Ebenda, S.58.

sie eine Erstellung von Kennzahlen für das Qualitätsmanagement ermöglichen.³⁴¹

In der Studie von Kuhlmei u.a. (2019) sind einige Fragen enthalten, die einen Bezug zur Pflegequalität haben. Befragt wurden nur Pflegekräfte, allerdings aus verschiedenen Einsatzbereichen der Pflege. Bewertet wurden Technologien aus den Bereichen Dokumentation, Monitoring, soziale und emotionale Unterstützung der Pflegeempfangenden und körperliche Unterstützung. Nur sehr weniger Pflegekräfte (10 bis 18 Prozent) waren der Meinung, dass Pflegetechnologien in den Bereichen Dokumentation, Monitoring und körperliche Unterstützung die Freiheit der Pflegeempfangenden beschränken; bei im Bereich soziale und emotionale Unterstützung eingesetzten Technologien waren allerdings beinahe 50 Prozent der Pflegekräfte dieser Meinung.³⁴² 58 Prozent der Pflegekräfte vertraten die Auffassung, dass digitale Pflegetechnologien im Bereich Monitoring das Leben der Pflegeempfangenden erleichtern, bei Technologien zur körperlichen Unterstützung waren es sogar beinahe 70 Prozent. Bei Dokumentationstechnologien gingen hingegen nur 38 Prozent und bei Technologien zur sozialen und emotionalen Unterstützung der Pflegeempfangenden 36 Prozent der Pflegekräfte davon aus, dass auf diese Bereiche abzielende Pflegetechnologien zu einer Erleichterung des Lebens der Pflegeempfangenden beitragen.³⁴³ Jeweils 60 Prozent der Pflegekräfte gaben an, dass in den Bereichen Dokumentation, Monitoring und körperliche Unterstützung eingesetzte Pflegetechnologien ihre Arbeitsleistung verbessern, was ebenfalls eine Verbesserung der Pflegequalität impliziert.³⁴⁴ Insgesamt sprechen die Ergebnisse von Kuhlmei u.a. (2019) für einen positiven Effekt des Einsatzes digitaler Technologien auf die Pflegequalität – allerdings nur in den Bereichen Dokumentation, Monitoring und körperliche Unterstützung. Dem Einsatz von emotionaler Robotik oder Unterhaltungselektronik als Ersatz für Bezugspflege wurde hingegen mehrheitlich kein positiver Effekt auf die Pflegequalität zugeschrieben.

Die Studie von Braeseke u.a. (2020) enthält keine direkten Fragen zur Pflegequalität. Einige Angaben lassen aber darauf schließen, dass digitale Pflegetechnologien auch zur Verbesserung der Pflegequalität eingesetzt werden. In der Studie wurden die Leitenden von Pflegediensten und -einrichtungen da-

341 Ebenda, S.64.

342 Kuhlmei u.a. (2019, S.24).

343 Ebenda, S.25.

344 Ebenda, S.28.

nach gefragt, ob sie eine Investitionsförderung nach § 8 Abs. 8 SGB XI in Anspruch nehmen und welchem Einsatzzweck die geförderte Anschaffung von Hard- oder Software dient. 37,7 Prozent der ambulanten Pflegedienste und 60,8 Prozent der vollstationären Einrichtungen nannten als Einsatzzweck das interne Qualitätsmanagement; 23,5 Prozent der ambulanten Pflegedienste bzw. 72,7 Prozent der vollstationären Einrichtungen gaben als Einsatzzweck eine Erhebung von Qualitätsindikatoren an.³⁴⁵ Hier fallen die ganz erheblichen Unterschiede zwischen ambulanten Pflegediensten und vollstationären Pflegeeinrichtungen ins Auge, die ein bereits bestehendes Ungleichgewicht im Qualitätsmanagement potenziell noch vergrößern können; denn das Qualitätsmanagement war (2019/2020) nach Angaben der Befragten in 63,9 Prozent der vollstationären Einrichtungen, aber nur in 35 Prozent der ambulanten Pflegedienste, bereits mehrheitlich oder komplett digitalisiert.³⁴⁶ Da auch eine Verbesserung der Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern des Gesundheitswesens die Qualität der Pflege erhöhen kann, ist interessant, dass dieser Einsatzzweck auf dem letzten Platz lag. 20,1 Prozent der ambulanten Pflegedienste und 26,2 Prozent der vollstationären Einrichtungen wollten die Fördergelder in diesem Bereich einsetzen.³⁴⁷ Allerdings lag eine Pflichtenbindung der Pflegeanbieter an die Telematikinfrastruktur zu diesem Zeitpunkt auch noch in weiter Ferne.

In der Studie von an der Heiden/Bernhard/Otten (2023) konnten nur in Bezug auf die „Vorteile der Digitalisierung“ Angaben zur Pflegequalität und zu Aspekten, die mit Pflegequalität in Zusammenhang stehen, gemacht werden. Eine verbesserte Qualität der Pflege benannten 41 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen und 39 Prozent der ambulanten Pflegedienste als Vorteil der Digitalisierung, das ist einer der am seltensten genannten Vorteile (Mehrfachantworten waren bei dieser Frage möglich). Ein verbesserter Austausch mit anderen Leistungserbringern des Gesundheitswesens wurde nun allerdings von 56 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen und 52 Prozent der ambulanten Pflegedienste als Vorteil der Digitalisierung genannt. Das ist sicherlich darauf zurückzuführen, dass eine Pflichtenbindung der Pflegeanbieter an die Telematikinfrastruktur zu diesem Zeitpunkt ein wichtigeres Thema geworden war. Häufig genannt wurde zudem eine Verbesserung der Patientensicherheit (56 Prozent der vollstationären Einrichtungen, 52 Prozent der ambulanten Pflegedienste). Sicherlich nicht unwichtig für

345 Vgl. Braeseke u. a. (2020, S.50).

346 Ebenda, S.56.

347 Ebenda, S.50.

die Lebenszufriedenheit der Pflegeempfangenden ist der Vorteil eines „Verbesserten Austauschs mit Pflegeempfangenden und Angehörigen“. Hier sahen 35 Prozent der vollstationären Einrichtungen und 32 Prozent der ambulanten Pflegedienste einen Digitalisierungsvorteil.³⁴⁸ Die in Braeseke u. a. (2020) gefundenen, großen Unterschiede im Qualitätsmanagement zwischen stationären Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten, wurden durch die Studie von an der Heiden/Bernhard/Otten (2023) zumindest hinsichtlich des Ausmaßes nicht bestätigt. Das Qualitätsmanagement war hiernach in 13 Prozent der stationären Einrichtungen komplett digitalisiert; 34 Prozent der Einrichtungen gaben ein mehrheitlich digitales und 40 Prozent ein hälftig digitales Qualitätsmanagement an. Bei den ambulanten Pflegediensten lauteten die Vergleichswerte 10 Prozent (komplett digital), 25 Prozent (mehrheitlich digital) und 37 Prozent (hälftig digital).³⁴⁹

In der Studie von Remmert (2024), in der nur Pflegedienste und -einrichtungen der Diakonie befragt wurden, konnte in Bezug auf die Pflegequalität und hinsichtlich zweier für die Pflegequalität wichtiger Aspekte eingeschätzt werden, welche Auswirkungen der Einsatz „digitaler Lösungen“ bereits gegenwärtig hat und welche Auswirkungen in fünf Jahren erwartet werden. Eine Einschätzung war auf einer Skala von 1 (keine Verbesserung) bis 5 (große Verbesserung) möglich. In Bezug auf die Qualität der Pflege gingen 5 Prozent der Pflegedienste und -einrichtungen von einer großen Verbesserung als Folge des Einsatzes digitaler Lösungen aus, weitere 14 Prozent wählten den Wert 4. Ein erheblich größerer Anteil der befragten Pflegeanbieter (45 Prozent) wählte hingegen die Werte 1 und 2. Das ist ein ausgesprochen schlechtes Ergebnis. Etwas besser wurde der Einfluss digitaler Technologien auf die beiden für die Pflegequalität wichtigen Aspekte eingeschätzt. 23 Prozent der Befragten wählten bei der Frage, ob der Einsatz digitaler Lösungen gegenwärtig zur Sicherheit der Pflegeempfangenden beitrage, die Werte 4 und 5, 38 Prozent hingegen 1 oder 2. Danach gefragt, ob der Einsatz digitaler Technologien zu einer „Minimierung von Fehlerquoten“ beitrage, wählten 29 Prozent der Pflegedienste und -einrichtungen die Skalenwerte 4 und 5, 32 Prozent hingegen 1 oder 2. Auch das sind keine guten Ergebnisse – es sei denn, der Skalenwert 3 wird als mittelmäßige *Verbesserung* interpretiert. In diesem Fall hat sich die Pflegequalität verbessert, wenn auch nur mäßig.³⁵⁰

348 Vgl. an der Heiden/Bernhard/Otten (2023, S.94).

349 Ebenda, S.89.

350 Diese Interpretation ist vermutlich zutreffend, denn die Autorin der Studie spricht in Bezug auf die Pflegequalität von den „am wenigsten positiven Auswirkungen“, mithin von immer

Zudem hat der Einsatz digitaler Lösungen bei dieser Interpretation des Skalenwertes 3 auch überwiegend positive Auswirkungen auf die Sicherheit der Pflegeempfangenden gehabt und zu einer Minimierung der Fehlerquoten beigetragen – wenn auch in diesen beiden Fällen nicht in größerem Maße.³⁵¹ Die erwartete Entwicklung in den nächsten 5 Jahren ist jedoch von Optimismus geprägt. 39 Prozent der Pflegedienste und -einrichtungen waren der Überzeugung, dass der zunehmende Einsatz digitaler Lösungen bis dahin zu einer (eher) hohen Verbesserung der Pflegequalität beitragen wird (Werte 4 und 5), die niedrigen Skalenwerte 1 und 2 wählten noch 29 Prozent. Interpretiert man die Wahl des Skalenwertes 3 wieder als mittelmäßige Verbesserung, dann gingen die befragten Pflegedienste und -einrichtungen der Diakonie von spürbar verbesserten Auswirkung des Einsatzes digitaler Lösungen auf die Pflegequalität in den nächsten fünf Jahren aus. Gleiches gilt, mit noch positiveren Zukunftserwartungen, für die Auswirkungen digitaler Lösungen auf die Sicherheit von Pflegeempfangenden und die Minimierung von Fehlerquoten.³⁵²

Insgesamt ist die Studienlage zu den Auswirkungen des Einsatzes digitaler Pflegetechnologien auf die Pflegequalität überschaubar. Das liegt vermutlich daran, dass es zahlreiche Einflussfaktoren auf die Qualität der Pflege gibt, das Ausmaß der Beeinflussung aber kaum quantifizierbar ist. Hinzu kommt, dass sich – ebenso wie es bei den Arbeitsbedingungen der Fall ist – Verbesserungen der Pflegequalität durch den vermehrten Einsatz digitaler Technologien nicht von selbst einstellen, sondern auch von exogenen Einflussfaktoren abhängen. Anders als es bei den Arbeitsbedingungen der Fall ist, sind die potenziell positiven Einflussfaktoren des Einsatzes digitaler Pflegetechnologien auf die Pflegequalität aber so zahlreich, dass es nur schwer vorstellbar ist, dass in diesem Bereich keine Fortschritte erzielt werden können. Das zum Teil, wie z. B. in der Studie von an der Heiden/Bernhard/Otten (2023), nur eine Minderheit der Pflegedienste und -einrichtungen von einer Verbesserung der Pflegequalität ausgeht, liegt möglicherweise daran, dass sie ausschließlich oder vor allem die direkte, personennahe Pflegedienstleistung im Blick haben. Zwar kann auch diese von digitalen Technologien, vor allem von assistiven Pflegetechnologien, profitieren, aber der Einfluss ist nicht erheblich und zielt eher auf eine Entlastung der Pflegekräfte als auf eine Verbesserung der Pflegequalität. Zieht man aber auch Verbesserungen des Qua-

noch positiven Auswirkungen. Ob die Befragten die Skalenwerte so verstanden haben, ist eine andere Frage.

351 Vgl. Remmert (2024, S.6).

352 Ebenda, S.7.

litätsmanagements, eine verbesserte Zusammenarbeit der verschiedenen Leistungserbringer des Gesundheitssystems, einen verbesserten Austausch pflegerelevanter Informationen zwischen Pflegediensten und -einrichtungen und anderen Gesundheitsakteuren und – falls sie eintreten – die Auswirkungen verbesserter Arbeitsbedingungen auf die Qualität der Pflegedienstleistung in Betracht, dann wird deutlich, welche Verbesserungen durch eine digitale Transformation der Pflege auch hinsichtlich der Pflegequalität erreicht werden könnten. Immerhin: Alle vorhandenen Studien gehen, trotz ihrer Mängel, eher von einer Verbesserung der Pflegequalität durch den Einsatz digitaler Technologien aus – mit der Ausnahme des Einsatzes von Pflegetechnologien im Bereich der sozialen und emotionalen Unterstützung der Pflegeempfangenden. Die in letzterem Bereich eingesetzten Technologien werden, wie in Kapitel 6.3. gezeigt wurde, ohnehin kaum eingesetzt und werden mit hoher Wahrscheinlichkeit auch in absehbarer Zeit kaum Verwendung finden.

6.6.4. Der Zielkonflikt zwischen Arbeitsproduktivität und Arbeitsbedingungen

Die Messung der Arbeitsproduktivität in der Pflege – und ganz allgemein im Gesundheitswesen – ist alles andere als eine triviale Angelegenheit. In Kapitel 6.6.1. wurde zwar mit dem Personaleinsatz (in Vollzeitäquivalenten) pro zu pflegender Person bereits eine häufig verwendete Messmethode der Arbeitsproduktivität vorgestellt, aber sie hat einige Nachteile. So beschäftigt ein Pflegeanbieter nicht nur Pflegekräfte, sondern auch Verwaltungskräfte. Wenn sich der Einsatz von Digitalisierungstechnologien so auswirkt, dass vorwiegend der Verwaltungsbereich von Effizienzzuwächsen profitiert und in diesem Bereich Personal eingespart werden kann, dann nimmt zwar in der Gesamtbetrachtung aller Beschäftigten des Pflegeanbieters der Personaleinsatz pro zu pflegender Person ab, aber es werden ebenso viele Pflegekräfte benötigt wie zuvor. Am Personalmangel ändert sich dann nichts. Und viele digitale Pflegetechnologien zielen auf eine Effizienzerhöhung im Verwaltungsbereich. Ein weiterer Nachteil ist, dass der Personaleinsatz pro zu pflegender Person abnehmen kann, obwohl es überhaupt keine Hinzugewinne an Effizienz gegeben hat. So kann der Personaleinsatz pro zu pflegender Person auch aufgrund des extremen Personalmangels abnehmen – und genau das ist auch bereits zu beobachten.³⁵³ Ein dritter Nachteil ist, dass der Personaleinsatz pro zu pflegender Person eine für Gesundheitsdienstleistungen

353 Vgl. z. B. Laschet (2020).

wichtige Variable nicht berücksichtigt: Das Ergebnis der Pflege bzw. die Pflegequalität. Welchen Einfluss hat eine Pflegeleistung auf den Gesundheitszustand oder das Wohlbefinden des bzw. der Pflegeempfangenden? Wenn etwa der Personaleinsatz pro zu pflegender Person aufgrund einer Verkürzung der für die Bezugspflege zur Verfügung stehenden Zeit abnimmt, dann wäre es nicht nur zynisch, sondern im Grunde auch sachlich falsch, von einer Erhöhung der Arbeitsproduktivität zu sprechen. Nimmt hingegen beispielsweise die Pflegequalität bei gleichem Personaleinsatz zu, würde dieser Maßstab fälschlicherweise keine Erhöhung der Arbeitsproduktivität anzeigen.

Ein weiteres Problem ist, dass der Nutzen des Einsatzes digitaler Pflegetechnologien regelmäßig davon abhängt, welche anderen digitalen Pflegetechnologien bereits im Einsatz sind. Der Einfluss des Einsatzes einer digitalen Leistungserfassung und -abrechnung auf die Arbeitsproduktivität ist höher, wenn sie mit der digitalen Dienst- und Tourenplanung vernetzt wird oder wenn auch eine digitale Abrechnung mit den Kostenträgern möglich ist. Andere digitale Pflegetechnologien haben die Eigenschaft eines Netzwerkgutes. Die Anwendungen und Dienste der TI können z. B. umso effizienter eingesetzt werden, je mehr Leistungserbringer des Gesundheitssystems die TI ebenfalls regelmäßig nutzen. Hinzu kommen Lerneffekte; je länger und häufiger digitale Pflegetechnologien genutzt werden, desto effizienter werden sie eingesetzt und je mehr Mängel im Laufe der Nutzung auffallen, desto leistungsfähiger können digitale Pflegetechnologien künftig eingesetzt werden, wenn die Mängel den Anbietern mitgeteilt und von ihnen behoben werden. Und auch die Erfahrungheit des Personals bei der Nutzung digitaler Pflegetechnologien sowie das Angebot von Schulungs- und Weiterbildungsmaßnahmen haben erheblichen Einfluss auf die produktive Verwendung dieser Technologien.

Wie sich der zunehmende Einsatz digitaler Technologien auf die Arbeitsproduktivität der Pflegekräfte auswirkt, ist daher kaum zu messen. Das ändert jedoch nichts daran, dass es zu einem Zielkonflikt zwischen Erhöhungen der Arbeitsproduktivität und einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen kommen kann. Wenn beispielsweise der Einsatz einer digitalen Dienst- und Tourenplanung zur Folge hat, dass Wegezeiten optimiert werden, dann können (a) Pflegekräfte pro Tour mehr Pflegeempfangende versorgen oder (b) Pflegekräfte stattdessen mehr Zeit pro Pflegeempfangenden verwenden oder es kann (c) beides zugleich eintreten, indem der Effizienzzuwachs sowohl für eine Erhöhung der Zahl Pflegeempfangender pro Tour und für mehr Zeit

pro Pflegeempfangenden verwendet wird. Wie sollte ein Pflegedienst vorgehen? Unter Wettbewerbsbedingungen und vor dem Hintergrund des Personalmangels haben Pflegedienste einen hohen Anreiz (a) zu wählen. Damit verbunden wäre aber noch mehr Arbeitshetze für Pflegekräfte, unter Umständen noch verbunden mit den digitalen Kontrollmöglichkeiten, die mit dem Einsatz digitaler Tourenplanungslösungen verbunden sind. Was einzelwirtschaftlich kurzfristig vorteilhaft wäre, wäre aus gesamtwirtschaftlicher Sicht auf mittlere Frist mit großen Nachteilen verbunden. Wie in Kapitel 4 gezeigt worden ist, erhöhen schlechte Arbeitsbedingungen in der Pflege den Krankenstand, führen zu frühzeitigen Verrentungen oder Berufsausstiegen und haben zur Folge, dass viele Pflegekräfte ihren Beruf nur in Teilzeit ausführen wollen oder können. Neue Pflegekräfte zu gewinnen, würde noch schwieriger werden. Da der Personalmangel das zurzeit und auf absehbare Zeit größte Problem der Pflege ist, könnte aus gesamtwirtschaftlicher Sicht (b) die optimale Lösung sein. Denn der Einfluss der Arbeitsbedingungen auf die Zahl der Pflegekräfte ist groß.

So kann man z. B. danach fragen, wie viele zusätzliche Pflegekräfte zur Verfügung stünden, wenn die Eintritte in Erwerbsminderungsrente, die Arbeitsunfähigkeitstage und die Teilzeitquote der in Pflegeberufen beschäftigten Arbeitnehmenden dem Durchschnitt der in allen anderen Berufsfeldern Beschäftigten entsprechen würden. Rothgang/Müller/Preuß (2020) haben die Anzahl zusätzlicher Pflegekräfte unter der Annahme einer Normalisierung der Eintritte in die Erwerbsminderungsrente und der Arbeitsunfähigkeitstage berechnet. Die hohe Teilzeitquote in Pflegeberufen wurde dabei außer Acht gelassen.³⁵⁴ Doch allein eine Normalisierung der beiden anderen Einflussfaktoren auf die Zahl der Pflegekräfte würde dazu führen, dass jahresdurchschnittlich 10.349 zusätzliche Pflegefachkräfte und 15.655 zusätzliche Pflegehilfskräfte, in der Summe somit 26.000 zusätzliche Pflegekräfte zur Verfügung stünden. Das entspricht ungefähr der Hälfte der jährlichen Eintritte in die generalisierte Pflegeausbildung und ist daher alles andere als eine zu vernachlässigende Zahl. Es liegt allerdings auf der Hand, dass einige Belastungsfaktoren inhärenter Bestandteil einer Beschäftigung in der Langzeitpflege sind, sodass die tatsächliche Reserve, die durch weniger belastende Arbeitsbedingungen erschlossen werden könnte, niedriger liegen dürfte. Doch selbst dann, wenn nur die Hälfte des Effekts eintreten würde, würde das immer noch zu einer spürbaren Abmilderung des Personalmangels führen.

354 Vgl. Rothgang/Müller/Preuß (2020, S.213).

Zudem ergibt sich eine höhere Reserve, wenn auch die hohe Teilzeitquote in Pflegeberufen berücksichtigt wird. Die Entscheidung für eine Ausübung des Pflegeberufs in Teilzeit ist, anders als eine berufsbedingte Krankheit, in den meisten Fällen Ergebnis einer rationalen Entscheidung. Auffenberg u. a. (2022) haben eine Berechnung durchgeführt, die den „Teilzeiteffekt“ besserer Arbeitsbedingungen abschätzt, wobei nur Pflegefachkräfte berücksichtigt wurden. Teilzeitbeschäftigte Pflegefachkräfte konnten hierbei angeben, ob und in welchem Ausmaß sie bei einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Pflege zu einer Ausweitung ihrer Arbeitsstunden bereit wären. Sie konnten hierzu auf einer zehnstufigen Skala ihre Bereitschaft zur Erhöhung der Arbeitsstundenzahl (Stufe 1 = Stundenerhöhung ausgeschlossen; Stufe 10 = Stundenerhöhung sehr wahrscheinlich) sowie die in diesem Zusammenhang gewünschte Erhöhung der Zahl an Arbeitsstunden angeben. Die Berechnung der potenziellen Zahl zusätzlicher Pflegefachkräfte (gemessen in Vollzeitäquivalenten) war davon ausgehend denkbar einfach.

- In einem optimistischen Modell wurden alle Pflegefachkräfte, die eine Stundenerhöhung nicht gänzlich ausgeschlossen haben (73 Prozent aller Befragten) mit der Zahl der Teilzeitkräfte auf Fachkraftniveau im Bereich der Langzeitpflege (ca. 184.000) multipliziert und der sich ergebende Wert anschließend mit dem Median der erwünschten Erhöhung der Stundenanzahl aller Befragten (10 Stunden) multipliziert und durch die Wochenarbeitszeit (38,5 Stunden) geteilt. Nach dieser Berechnung beläuft sich das durch Stundenaufstockung erschließbare Potenzial an Pflegefachkräften in der Langzeitpflege auf 35.000 Vollzeitäquivalente.
- In einem konservativen Modell wurde diese Berechnung nur für Befragte durchgeführt, die bezüglich ihrer Bereitschaft zur Stundenaufstockung die Werte 8 bis 10 angegeben haben (39 Prozent aller Befragten). Der übrige Rechenweg war der gleiche. Im Ergebnis ergab sich ein durch Stundenaufstockung erschließbares Potenzial von Pflegefachkräften in der Langzeitpflege von 19.000 Vollzeitäquivalenten.³⁵⁵

Bei beiden Berechnungen muss ins Kalkül gezogen werden, dass die schlechten Arbeitsbedingungen im Pflegebereich zu einem nicht geringen Teil erst durch den Personalmangel verursacht werden. Wenn man annimmt, dass sich die Arbeitsbedingungen erst verbessern können, wenn der Personalmangel abgemildert wird, dann kann das errechnete Arbeitskräftepotenzial

355 Vgl. Auffenberg u. a. (2022, S.40ff.).

nicht erschlossen werden. Eine spürbare Verbesserung der Arbeitsbedingungen muss daher zunächst aus einer anderen Richtung kommen. Ein denkbarer Baustein zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen könnte die beschleunigte digitale Transformation der Pflege sein. Die digitale Transformation der Pflege ist sicherlich nicht das Allheilmittel der schlechten Arbeitsbedingungen und schon erst recht nicht des Personalmangels im Pflegebereich. Dennoch: Wenn bei der Digitalisierung der Pflege die zurzeit entscheidenden Bereiche interne und externe IKT priorisiert und sachgemäß unterstützt werden, dann sind hohe Effizienzzuwächse möglich. Wenn diese realisiert werden, dann wird es Aufgabe der Pflegepolitik sein, dafür Sorge zu tragen, dass sie sich spürbar positiv auf die Arbeitsbedingungen auswirken. Die Pflegepolitik ist insofern zweifach gefragt. Sie muss erstens dafür Sorge tragen, dass Pflegedienste und -einrichtungen die Mittel besitzen, eine digitale Basisinfrastruktur – sprich: die pflegedienst- bzw. -einrichtungsinterne IKT – auszubauen um die pflegedienst- bzw. -einrichtungsübergreifende IKT – sprich: die Telematikinfrastruktur – in vollem Maße nutzen zu können. Sie muss dann dafür Sorge tragen, dass die realisierten Effizienzzuwächse nicht oder nicht vorwiegend dazu benutzt werden, dass Pflegekräfte in der gleichen Zeit mehr Arbeit verrichten müssen. Das kann über die Personalbemessung geschehen oder – ähnlich wie bei der Einführung des Strukturmodells der Pflegedokumentation – über ein Verbot, dass Kostenträger Zeitgewinne der Pflegekräfte zum Anlass nehmen, niedrigere Pflegesätze zu verhandeln. Auf diese Weise würden Pflegedienste und -einrichtungen wirtschaftlich nicht schlechter gestellt, wenn sie Effizienzzuwächse hauptsächlich zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen einsetzen. Im Gegenteil würden Pflegeanbieter mittelfristig wirtschaftlich sogar besser gestellt, wenn diese Maßnahmen zu einer spürbaren Abmilderung des Personalmangels führen. Als Bonus würde sich auf diese Weise auch die Pflegequalität verbessern. Einmal, indem mehr Zeit für gute Pflege bleibt. Zweitens, weil eine Abschöpfung aller internen Datenflüsse Pflegeanbieter in die Lage versetzt, über verlässliche Qualitätsindikatoren die Qualität der Pflege voranzubringen. Und drittens, weil eine vollständige Teilhabe der Pflegeanbieter an der digitalen Gesundheitsökonomie die intersektorale Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsdienstleister spürbar verbessern kann.

7. Zusammenfassung der Literaturanalyse und Forschungsfragen

7.1. Die Marktbedingungen in der Langzeitpflege

(a) Situation³⁵⁶

In den letzten Jahren hat sich nicht nur die Zahl der Pflegeempfangenden sehr dynamisch entwickelt, sondern auch die Zahl der Pflegeanbieter und Pflegekräfte. Auch die Marktstruktur hat sich deutlich gewandelt. Während die meisten Pflegeempfangenden von An- und Zugehörigen gepflegt werden, verlagerte sich die dominante Versorgungsform von Pflegeempfangenden, die professionelle Pflegeangebote in Anspruch nehmen, mit hohem Tempo von stationär zu ambulant. Ein Grund hierfür ist das neue Begutachtungsassessment, das zu einer starken Zunahme von zu pflegenden Personen mit den Pflegegraden 1 und 2 geführt hat. Diese Pflegeempfangenden nutzen, falls sie überhaupt professionelle Pflegeanbieter in Anspruch nehmen, ganz überwiegend ambulante Pflegedienste. Ein weiterer Grund sind die hohen Zuzahlungen, die Pflegeempfangende bei der Inanspruchnahme stationärer Pflegeeinrichtungen leisten müssen. In der Folge verschieben zu pflegende Personen einen Umzug in eine Pflegeeinrichtung, solange es ohne große Einschränkungen der Pflegequalität möglich ist. In stationären Pflegeeinrichtungen nimmt daher der Anteil pflegeintensiver Schwerstpflegebedürftiger zu.

Das dynamische Wachstum der Anzahl professioneller Pflegeanbieter stößt mittlerweile aber an Kapazitätsgrenzen, die ganz hauptsächlich vom Personalmangel in der Pflege verursacht werden. Hierdurch entwickelt sich eine schwer zu durchbrechende Negativdynamik. Aufgrund des Personalmangels in der Langzeitpflege werden immer mehr Personen, die einen Pflegedienst

³⁵⁶ Vgl. hierzu Kapitel 2.

oder eine Pflegeeinrichtung in Anspruch nehmen wollen, aufgrund von Kapazitätsgrenzen entweder abgewiesen oder müssen lange Wartezeiten auf einen Pflegeplatz in Kauf nehmen. Für Pflegeanbieter ist die Abweisung von Pflegeempfangenden mit signifikanten wirtschaftlichen Einbußen verbunden, sodass viele Pflegedienste und -einrichtungen kaum noch über Liquiditätsreserven verfügen und zum Teil kurz vor der Geschäftsaufgabe stehen. Um Personalengpässe und die damit einhergehenden Umsatzeinbußen wenigstens teilweise abzumildern, müssen die vorhandenen Pflegekräfte bis an ihre Belastungsgrenzen arbeiten. Die damit verbundenen Arbeitsbedingungen führen wiederum dazu, dass Pflegekräfte den Beruf verlassen, nur in Teilzeit tätig sein wollen oder erkranken. Zudem führen die schlechten Arbeitsbedingungen zu einem weiteren Rückgang der Attraktivität des Pflegeberufs, was zu weniger Berufseintritten führt. Hierdurch verschärft sich der Personalmangel und der Negativkreislauf beginnt erneut.

(b) Bedeutung für die Studie und Forschungsfrage

Bei Befragungen von Pflegeanbietern wurde in dieser Studie davon abgesehen, diese direkt nach ihrer wirtschaftlichen Situation zu befragen. Grund dafür war die Erwartung, dass Pflegeanbieter, ebenso wie Betriebe in anderen Wirtschaftssektoren, kaum dazu bereit sein werden, in einer persönlichen Interviewsituation über ihre aktuelle wirtschaftliche Situation zu berichten. Gefragt wurde allerdings nach den Wettbewerbs- und Marktbedingungen in der Langzeitpflege. Aus ökonomischer Sicht führt eine geringe Wettbewerbsintensität um „Kunden“ dazu, dass auch die Bereitschaft zu Investitionen in effizienzsteigernde Technologien gering ist.

Die Forschungsfrage lautete hier:

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

Über die Ergebnisse wird in Abschnitt 8.1. berichtet.

7.2. Der Personalmangel in der Langzeitpflege

(a) Situation³⁵⁷

Bereits aktuell herrscht nach Angaben der Bundesagentur für Arbeit ein bundesweiter Mangel an Pflegefachkräften. Davon ist die Langzeitpflege in besonders ausgeprägter Weise betroffen. Die Arbeitslosen-Stellen-Relation bei Pflegefachkräften beträgt zurzeit 0,4. Selbst bei Pflegehilfskräften herrscht ein zunehmender Personalmangel. Zwar beträgt die Arbeitslosen-Stellen-Relation hier 3,8. Aber zum einen ist auch diese Relation in den letzten Jahren deutlich gesunken, zum anderen verfügen 77 Prozent der arbeitslosen Pflegehilfskräfte über keine einschlägige und 67 Prozent überhaupt keine Berufsausbildung. Zu dieser ohnehin schwierigen Situation tritt verschärfend hinzu, dass in den nächsten 10 Jahren 380.000 Pflegekräfte das gesetzliche Ruhestandseintrittsalter erreichen werden. Diese werden nach aktueller Datenlage nur unzureichend von neuen Pflegekräften ersetzt. Zugleich wird erwartet, dass die Zahl der Pflegeempfangenden und damit auch die Nachfrage nach Pflegeanbietern bereits in den nächsten 10 Jahren erheblich zunehmen wird. Nach der aktuellen Berechnungen des Statistischen Bundesamtes ist daher damit zu rechnen, dass im nächsten Jahrzehnt ausgehend vom bereits vorhandenen Personalmangel eine große zusätzliche Bedarfslücke an Pflegekräften in Alten-, Pflege- und Behindertenheimen (74.000 Pflegekräfte) und ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten (39.000 Pflegekräfte) entstehen wird.

(b) Bedeutung für die Studie und Forschungsfragen

Grundannahmen dieser Studie sind, dass sich über eine digitale Transformation der Langzeitpflege zum einen die Effizienz der primären und sekundären Pflegeprozesse in Pflegediensten und -einrichtungen erhöhen lässt und zum anderen die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte positiv beeinflusst werden können. Beides könnte dabei helfen, den Personalmangel im Langzeitpflegebereich abzumildern. Es ist daher von hohem Interesse, wie sich der Personalmangel aktuell auf Pflegeanbieter und Pflegekräfte auswirkt, wie ihm begegnet wird und welche Erwartungen über die künftige Entwicklung der Personalsituation bestehen.

357 Vgl. hierzu Kapitel 3.

Die Forschungsfragen lauteten hier:

- **F2: Wie wird der Personalmangel aktuell von Leitenden der Pflegeanbieter und von Pflegekräften erlebt?**
- **F3: Mit welchen Maßnahmen wird den Personalmangel begegnet und wie wirken sich diese Maßnahmen auf die Pflegekräfte aus?**
- **F4: Welche künftigen Entwicklungen im Personalbereich werden erwartet?**

Über die Ergebnisse wird in Abschnitt 8.2. berichtet.

7.3. Die Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege

(a) Situation³⁵⁸

Die Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege wurden in vier Bereichen untersucht:

1. Arbeitsinhalte: Körperliche und psychische Belastungsfaktoren der Pflegearbeit, zur Verfügung stehende Zeit für qualitativ gute Pflegearbeit, Verwaltungs- und Dokumentationsaufwand sowie ausbildungsadäquater Einsatz von Pflegekräften.

2. Arbeitsorganisation: Zeitliche Lage und Taktung der Arbeit, Verlässlichkeit der Dienst- und Einsatzplanung, Einfluss der Pflegekräfte auf Arbeitszeiten und Arbeitseinsätze, Vereinbarkeit der Arbeitszeiten und Arbeitseinsätze mit familiären Verpflichtungen und Privatleben, Einfluss der Pflegekräfte auf die Lage und Taktung der Arbeitszeit und Verlässlichkeit der Dienst- und Einsatzplanung.

3. Internes Arbeitsumfeld: Beziehungen zu Kolleg:innen und Vorgesetzten, Führungsstil und Führungsqualität der Leitenden von Pflegediensten und -einrichtungen, Partizipationsmöglichkeiten der Pflegekräfte, Entlohnung und Umfang der tarifvertraglich bzw. nach kirchlichem Arbeitsrecht geregelten Arbeitsbedingungen von Pflegekräften.

4. Externes Arbeitsumfeld: (Wahrgenommener) gesellschaftlicher Stellenwert des Pflegeberufs, (wahrgenommene) gesundheitspolitische Anerken-

358 Vgl. hierzu Kapitel 4.

nung der Bedeutung professioneller Pflegearbeit sowie Art und Qualität der Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern des Gesundheitswesens.

In allen vier Bereichen der Arbeitsbedingungen identifizieren Studien durchgehend erhebliche Defizite.

Arbeitsinhalte: Die körperlichen und psychischen Belastungen der Pflegearbeit liegen ganz wesentlich über den Belastungen, denen Beschäftigte in anderen Berufen im Durchschnitt ausgesetzt sind. Folge ist, dass Pflegekräfte weitaus häufiger, als es im Durchschnitt der in anderen Wirtschaftsbereichen beschäftigten Erwerbstätigen der Fall ist, unter Berufserkrankungen leiden. Die durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitstage von Pflegekräften aufgrund körperlicher oder psychischer Erkrankungen liegen in der Folge in beiden Bereichen mehr als doppelt so hoch wie im Mittel aller sonstigen Erwerbstätigen. Viele Pflegekräfte üben ihre Tätigkeit in Teilzeit aus, weil sie sich Sorgen um die Gesundheitsbelastung der Ausübung einer Vollzeitstelle machen. Die Teilzeitquote von Pflegefachkräften liegt um ein Vielfaches höher als in beinahe allen anderen vom Fachkräftemangel betroffenen Berufsfeldern. Einzige Ausnahme: Andere körperlich und psychisch belastende Gesundheitsberufe. Hinzu kommt, dass der weit überwiegende Teil der Pflegekräfte unter ständigem Zeitdruck arbeitet, sodass keine oder kaum Zeit für gute Pflegearbeit bleibt. 42 Prozent der Pflegekräfte machen aus diesem Grund immer oder oft Abstriche bei der Arbeitsqualität; nur 18 Prozent der Pflegekräfte geben an, das nie zu tun. Zum Zeitdruck kommt hinzu, dass die meisten Pflegekräfte gezwungen sind, häufig unter den Bedingungen einer Personalunterbesetzung arbeiten zu müssen, ständig bei der Arbeit gestört werden und oft gezwungen sind, mehrere Arbeitsvorgänge gleichzeitig im Auge zu behalten. Neben der Arbeit mit Pflegeempfangenden müssen Pflegekräfte viel Zeit für Verwaltungstätigkeiten und Dokumentationen aufwenden. Die Personalnot in den Pflegediensten und -einrichtungen hat die zusätzliche Folge, dass Pflegefachkräfte nicht ausbildungsadäquat nach den Vorgaben des Pflegeberufgesetzes eingesetzt werden (können), was im Laufe der Zeit zu Dequalifizierung und zu einer Verschwendung von Humankapital führt.

Arbeitsorganisation: Wochenendarbeit, 6-Tage-Arbeitswochen (und mehr), Schichtdienste und Nachtdienste sind zumindest für vollzeitbeschäftigte Pflegekräfte der Regelfall. Der überwiegende Teil der Pflegekräfte muss zusätzlich oft oder sehr oft ungeplant bei der Arbeit für fehlende Kolleg:innen einspringen. Weniger als ein Zehntel der Pflegekräfte hat großen oder sehr

großen Einfluss auf Arbeitsbeginn und -ende. Die extreme Flexibilität des (verlangten) Arbeitseinsatzes geht zwangsläufig mit geringen Ruhezeiten und einem Überschreiten der vertraglich vereinbarten Wochenarbeitszeit bzw. der Ansammlung von Überstunden einher. Unter diesen Bedingungen ist eine Vereinbarkeit von Familie bzw. Privatleben und Beruf zumindest für vollzeitbeschäftigte Pflegekräfte kaum möglich; mehr als zwei Drittel der in Teilzeit beschäftigten Altenpflegekräfte wollen nicht in Vollzeit arbeiten, weil die damit verbundenen Arbeitszeiten nicht mit familiären Verpflichtungen vereinbar sind. Hauptursache für die sehr ungünstige Verteilung und Taktung der Arbeitszeiten ist die häufig zu geringe Personalausstattung. Sie wirkt sich vor allem auf die Lage und Unvorhersehbarkeit der Arbeitszeiten aus. Lediglich 6 Prozent der Altenpfleger:innen berichten, dass sie keinen Personalmangel erleben und die hohen zeitlichen Flexibilitätsanforderungen andere Ursachen haben.

Internes Arbeitsumfeld: Viele Studien zeigen, dass gute Beziehungen zu Kolleg:innen und Vorgesetzten bzw. ein gutes „Betriebsklima“ aus Sicht der Pflegekräfte hochgradig wichtig sind und eine wichtige Ressource darstellen, ansonsten schlechte Arbeitsbedingungen zu kompensieren. Während die Beziehungen zu Kolleg:innen auch ganz überwiegend als gut oder sehr gut bezeichnet werden, gilt das für die Beziehungen zu Führungskräften nicht. Viele Pflegekräfte beschreiben die Qualität des Führungshandelns in Pflegediensten und -einrichtungen als eines der größten Probleme des Pflegeberufs. Die häufig erlebten, hierarchischen Führungsstile passen laut beruflich Pflegenden nicht zu den heutigen Herausforderungen und den Wünschen nach einem partnerschaftlichen, unterstützenden Führungsstil. Mit Blick auf die ohnehin geringe Attraktivität des Pflegeberufs und hohe und zunehmende Personalengpässe wiegen die Folgen einer demotivierenden Führungskultur besonders schwer. Ein anderes Bild zeigt sich mittlerweile bei der Entlohnung von Pflegekräften. Durch die beiden Pflegestärkungsgesetze 2015 und 2017, die Einführung des nach Qualifikation gestaffelten Pflegemindestlohns 2021 und insbesondere durch das 2022 in Kraft getretene Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (häufig auch als Tariftrueugesetz bezeichnet), hat sich die Entlohnung von Pflegekräften in der Langzeitpflege sowohl im Vergleich zur Entlohnung in der Krankenpflege als auch im Vergleich zur Entlohnung von Beschäftigten gleichen Qualifikationsniveaus in den letzten Jahren weit überproportional entwickelt. Die Tarifbindung von Pflegediensten und -einrichtungen hat allerdings nicht wesentlich zugenommen, sodass sich die Arbeitsbedingungen in Pflegediensten und -einrichtungen weiterhin deutlich unterscheiden.

Externes Arbeitsumfeld: Über 90 Prozent der Pflegekräfte in der Langzeitpflege halten die gesellschaftliche Wertschätzung des Pflegeberufs für zu gering. Die Wahrnehmung der Pflegekräfte, dass ihre Arbeit gesellschaftlich zu wenig Anerkennung findet, deckt sich nicht vollständig mit der tatsächlichen gesellschaftlichen Anerkennung des Pflegeberufs. Verschiedene Studien zeigen, dass der Pflegeberuf – möglicherweise in Zusammenhang mit der Diskussion um die Bedeutung systemrelevanter Berufe während der Corona-Pandemie – durchaus gesellschaftliche Anerkennung genießt. Ein Grund für die unterschiedliche Wahrnehmung könnte die hohe Identifikation von Pflegekräften mit ihrem Beruf und der damit zusammenhängende, hohe Berufsstolz sein. Dieser Berufsstolz wird möglicherweise durch die in weiten Teilen völlig indiskutablen Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege, die einer qualitativ hochwertigen Ausführung des Pflegeberufs häufig im Wege stehen, verletzt. Auch wenn die Gesellschaft nicht die Schuld am dafür maßgeblich verantwortlichen Personalmangel trägt, hat doch zumindest die Gesundheitspolitik dieser Entwicklung lange Zeit zugesehen, ohne signifikante Schritte zur Abhilfe in die Wege zu leiten. Neben der Gesellschaft und den Verantwortlichen für die Gesundheitspolitik existiert mit anderen Leistungserbringern des Gesundheitssystems noch eine weitere externe Gruppe, deren Angehörige Einfluss auf das Selbstbild der Pflegenden haben können und deren Verhalten mit dem hohen Ausmaß an Berufsstolz der Pflegenden kollidieren kann. Diese Akteure sind oft sowohl berufshierarchisch als auch in Bezug auf ihre Entscheidungskompetenzen Pflegenden weit übergeordnet, was eine kooperative Zusammenarbeit auf Augenhöhe behindern kann. Fragt man aus dem Pflegeberuf ausgestiegene sowie in Teilzeit beschäftigte Pflegekräfte nach Arbeitsbedingungen, die einen Wiedereinstieg in den Pflegeberuf bzw. eine Erhöhung der Arbeitsstunden begünstigen könnten, nennen jeweils weit über 80 Prozent der Pflegekräfte, dies sei bei mehr Augenhöhe gegenüber der Ärzteschaft und einer besseren Kooperation mit anderen Berufsgruppen des Gesundheitssystems der Fall.

(b) Bedeutung für die Studie und Forschungsfragen

Eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege gilt als wichtiger Baustein, den aktuellen und vor allem den künftig erwarteten Personalmangel in der Pflege zumindest abzumildern. Damit könnten ein längerer Verbleib im Pflegeberuf, ein geringerer Krankenstand von Pflegekräften, eine Verringerung der Teilzeitquote von Beschäftigten in der Langzeitpflege und zusätzlich eine Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufs

erreicht werden. Viele digitale Pflegetechnologien ermöglichen nicht nur eine effizientere Leistungserbringung der Pflegedienste und -einrichtungen, sondern auch eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Eine Beobachtung der derzeitigen Arbeitsbedingungen in den im Rahmen der Studie befragten Pflegedienste und -einrichtungen ist daher von hohem Interesse, insbesondere in Zusammenhang mit der zugleich erhobenen digitalen Ausstattung dieser Pflegeanbieter. Im Blick waren daher nicht nur die auch bereits im Rahmen anderer Studien erhobenen Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege, sondern auch ihr Zusammenspiel mit bereits eingesetzten Technologien.

Die Forschungsfragen bezüglich der Arbeitsbedingungen wurden nach den oben erläuterten vier Bereichen Arbeitsinhalte, Arbeitsorganisation, internes Arbeitsumfeld und externes Arbeitsumfeld differenziert:

- **F5: Welche Arbeitsbedingungen lassen sich zurzeit in Bezug auf die Arbeitsinhalte beobachten und in welchem Zusammenhang stehen sie zu bereits eingesetzten Pflegetechnologien?**
- **F6: Welche Arbeitsbedingungen lassen sich zurzeit in Bezug auf die Arbeitsorganisation beobachten und in welchem Zusammenhang stehen sie zu bereits eingesetzten Pflegetechnologien?**
- **F7: Welche Arbeitsbedingungen lassen sich zurzeit in Bezug auf das interne Arbeitsumfeld beobachten und in welchem Zusammenhang stehen sie zu bereits eingesetzten Pflegetechnologien?**
- **F8: Welche Arbeitsbedingungen lassen sich zurzeit in Bezug auf das externe Arbeitsumfeld beobachten und in welchem Zusammenhang stehen sie zu bereits eingesetzten Pflegetechnologien?**

Über die Ergebnisse wird in Abschnitt 8.3. berichtet.

7.4. Die Nutzung digitaler Pflegetechnologien in der Langzeitpflege

(a) Situation³⁵⁹

In der vorliegenden Studie wurden digitale Pflegetechnologien nach vier Einsatzfeldern bzw. Funktionsbereichen unterschieden:

³⁵⁹ Vgl. Kapitel 5 für eine ausführlich Darstellung der verschiedenen Einsatzfelder digitaler Pflegetechnologien und einer Erläuterung der Funktionsweise und des Funktionszwecks der ver-

1. Interne Informations- und Kommunikationstechnologien (Interne IKT). Dieser Funktionsbereich umfasst alle Digitalisierungstechnologien, die sich auf die pflegedienst- bzw. -einrichtungsinterne Erfassung, Kommunikation, Verarbeitung und Nutzung relevanter Informationen und Daten sowie auf die Vernetzung der internen Datenflüsse auswirken.

2. Einrichtungsübergreifende Informations- und Kommunikationstechnologien (Externe IKT). Dieser Funktionsbereich umfasst alle Digitalisierungstechnologien, die sich auf die pflegedienst- bzw. -einrichtungsübergreifende Erfassung, Kommunikation, Verarbeitung und Nutzung relevanter Informationen und Daten auswirken. Es geht also um alle Informations- und Kommunikationsprozesse mit anderen Akteuren oder Institutionen des Gesundheitssystems, die koordiniert und/oder kooperativ für Pflegeanbieter wichtige Dienstleistungen erbringen.

3. Technische Assistenzsysteme zur Unterstützung von Pflegekräften. Dieser Funktionsbereich umfasst alle Digitalisierungstechnologien, die sich auf die Durchführung von Pflege- und Betreuungsleistungen auswirken, aber im Regelfall nicht mit anderen Digitalisierungstechnologien vernetzt sind, die der Erfassung, Kommunikation, Verarbeitung und Nutzung relevanter Informationen und Daten dienen.

4. Technische Assistenzsysteme zur Unterstützung von Pflegeempfangenden. Dieser Funktionsbereich umfasst alle Digitalisierungstechnologien, die sich auf die Unterstützung der Lebensführung von Pflegeempfangenden auswirken, ohne dass hierzu der Einsatz von Pflegekräften notwendig wäre. Hierzu zählen vor allem Digitalisierungstechnologien aus dem Bereich der Altersgerechten Assistenzsysteme bzw. des „Ambient Assisted Living“ (AAL).

Eine These dieser Studie ist, dass erhebliche Digitalisierungsreserven besonders dann erschlossen werden können, wenn eine Vernetzung sekundärer Prozesse der Pflege mit primären Pflegeprozessen gelingt. Viele Digitalisierungstechnologien lassen sich auch als „Insellösungen“ einsetzen, aber vor allem die Vernetzung mit anderen Technologien ermöglicht die integrierte Erfassung, Kommunikation, Verarbeitung und Nutzung relevanter Informationen und Daten, die in Pflegeprozessen anfallen. Endpunkt bzw. Ziel eines vollständig integrierten Systems der primären und sekundären Pflegepro-

schiedenen Technologien. Vgl. die Kapitel 6.1 bis 6.4. für eine Bestandsaufnahme der Studienlage zum Digitalisierungsgrad von Pflegediensten und -einrichtungen, den dabei bislang eingesetzten Technologien und dem (geplanten) Anschluss an die Telematikinfrastruktur.

zesse wäre ein Primärsystem, in dem alle relevanten Informationen zusammenfließen und stetig fortgeschrieben werden. Ein solches System lässt sich auch als Basisinfrastruktur beschreiben, dessen Vorhandensein Pflegedienste und -einrichtungen in die Lage versetzt, eine Vernetzung mit einrichtungsübergreifender IKT – vor allem im Rahmen der Telematikinfrastruktur – optimal nutzen zu können.

Ausgehend von diesen Überlegungen wurden Studien ausgewertet, die sich mit dem bisherigen Digitalisierungsgrad von Pflegediensten und -einrichtungen bzw. den dabei eingesetzten Technologien befassen. Als Nachteil stellte sich dabei heraus, dass bislang noch keine Studie vorliegt, die den Grad der pflegedienst- bzw. -einrichtungsinternen Vernetzung von Digitalisierungstechnologien untersucht hat. Es liegen daher keine Daten darüber vor, wie viele Pflegedienste und -einrichtungen bereits über eine Basisinfrastruktur verfügen, die eine Erschließung des Mehrwerts einer Anbindung dieser Pflegedienste und -einrichtungen an die Telematikinfrastruktur ermöglicht. Die vorhandenen Studien lassen aber qualifizierte Schlüsse darauf zu.

Zunächst wurden Studien analysiert, die übergreifend den Digitalisierungsgrad von Pflegediensten und -einrichtungen untersucht haben. Die vorhandenen Studien weisen zwar darauf hin, dass der Digitalisierungsgrad eines Teils der Pflegedienste und -einrichtungen zunimmt. Doch selbst bei optimistischen Annahmen deuten die neuesten zur Verfügung stehenden Daten darauf hin, dass *mindestens* 59 Prozent der ambulanten Pflegedienste und 53 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen noch weit bis sehr weit vom Vorhandensein einer Basisinfrastruktur entfernt sind und somit auch bei einer Anbindung an die Telematikinfrastruktur kaum oder überhaupt nicht in der Lage wären, ihre Dienste und Anwendungen so zu nutzen, dass damit ein Mehrwert verbunden wäre.

Es wurden dann Studien analysiert, die untersuchen, wie weit die Digitalisierung in verschiedenen funktionalen Bereichen der Pflegedienste bzw. -einrichtungen fortgeschritten ist. Zusammenfassend lässt sich mit Blick auf die verschiedenen Studien erstens sagen, dass vor allem stationäre Pflegeeinrichtungen bereits in vielen Bereichen größere Digitalisierungsfortschritte machen als ambulante Pflegedienste. Das könnte daran liegen, dass ambulante Pflegedienste im Durchschnitt kleinere Pflegeanbieter mit weniger Personal, Pflegeempfangenden und vor allem finanziellen Spielräumen für Investitionen sind. Zweitens liefern die Studien nur sehr wenige Informati-

onen über die Vernetzung der verschiedenen Funktionsbereiche der Pflegeanbieter. Der Grad der Digitalisierung der verschiedenen Funktionsbereiche streut sehr stark, was eher für das Vorhandensein einer Vielzahl von „Digitalisierungsinseln“ spricht. Auch der relativ geringe Digitalisierungsgrad des Bereichs Informations- und Dokumentenmanagement scheint eher für eine relativ geringe Vernetzung zu sprechen. Das trifft nach den Ergebnissen dieser Studien vor allem auf ambulante Pflegedienste zu, bei denen z.B. die Pflegeplanung und -dokumentation auch weiterhin noch in vielen Fällen zum Teil oder sogar vollständig in Papierform erfolgt.

Während eine Betrachtung des Digitalisierungsgrades verschiedener Funktionsbereiche von Pflegediensten und -einrichtungen einen tieferen Einblick in das Digitalisierungsgeschehen ermöglicht, kann dieser nochmals verfeinert werden, wenn untersucht wird, welche Digitalisierungstechnologien Pflegeanbieter überhaupt nutzen. Daher wurden zusätzlich Studien analysiert, die Aufschluss über den Einsatz spezifischer Digitalisierungstechnologien in Pflegediensten und -einrichtungen geben. Ein Ergebnis dieser Studien ist, dass der Einsatz von Pflegerobotik und AAL-Technologien so gut wie keine Rolle spielt und von Pflegeanbietern auch nicht erwartet wird, dass sich an dieser Situation in näherer Zukunft etwas ändert. Die Studien liefern zudem starke Hinweise darauf, dass nur eine Minderheit von Pflegeanbietern über eine Basisinfrastruktur verfügt, auf deren Grundlage die Nutzung der Telematikinfrastruktur mit einem Mehrwert verbunden wäre. Unsere Schätzung auf Grundlage dieser Studien ist, dass sogar 70 Prozent der ambulanten Pflegedienste und 52 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen zum Befragungszeitpunkt im Juni 2023 in jedem Fall nicht über ein solches System verfügten. Und lediglich 20 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen und 16 Prozent der ambulanten Pflegedienste verfügten im Juni 2023 über Anwendungen, die einen Austausch mit anderen Leistungserbringern ermöglichen. Angeschlossen an die TI waren zu diesem Zeitpunkt erst 4 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen und 3 Prozent der ambulanten Pflegedienste. 16 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen und 31 Prozent der ambulanten Pflegedienste planten einen Anschluss bis spätestens 2024. Da Pflegeanbieter zu diesem Zeitpunkt noch davon ausgehen mussten, dass ein Anschluss zum 1. Januar 2024 Pflicht wird, sind das sehr niedrige Zahlen. Vor diesem Hintergrund wird auch die Pflicht für Pflegeanbieter, bis zum 1. Juli 2025 einen Anschluss an die TI durchzuführen, von erheblichen Problemen begleitet werden. Zwar wurde die Frage der Refinanzierung der TI-Anbindung im April 2024 durch eine Finanzierungsvereinbarung des GKV-Spitzenverbandes mit den Verbänden der Pflegeanbieter

auf Bundesebene geklärt. Die erheblichen Kosten, die auf viele Pflegeanbieter zukommen, wenn sie zunächst ihre bestehenden Systeme so umgestalten (oder ersetzen), dass ein nutzenbringender Anschluss an die TI ermöglicht wird, werden allerdings nicht erstattet.³⁶⁰

(b) Bedeutung für die Studie und Forschungsfragen

Für Pflegeanbieter wird ein Anschluss an die Telematikinfrastruktur nur dann mit einem Mehrwert verbunden sein, wenn sie über eine Basisinfrastruktur im Sinne einer Vernetzung aller relevanten digitalisierbaren Prozesse der primären und sekundären Pflege verfügen. Von daher ist es von großem Interesse, welchen Digitalisierungsgrad die befragten Pflegeanbieter aufweisen, in welchen Funktionsbereichen der Pflege die Digitalisierung hauptsächlich (nicht) erfolgt, welche digitalen Pflegetechnologien dabei eingesetzt werden und in welchem Ausmaß diese miteinander vernetzt sind. Unsere Forschungsfragen lauteten:

- **F9: Welche Digitalisierungstechnologien werden von Pflegediensten und -einrichtungen bereits eingesetzt und in welchem Ausmaß sind die im Bereich der internen IKT eingesetzten digitalen Pflegetechnologien miteinander vernetzt?**
- **F10: Lässt sich auch bereits ohne Anschluss an die Telematikinfrastruktur eine externe Vernetzung mit anderen Leistungserbringern des Gesundheitssystems identifizieren und woran scheitert eine solche Vernetzung gegebenenfalls?**
- **F11: Welche Erwartungen und welche noch zu bewältigenden Herausforderungen verbinden die Pflegeanbieter mit einem Anschluss an die Telematikinfrastruktur?**

Über die Ergebnisse wird in Abschnitt 8.4. berichtet.

³⁶⁰ Diese Einschätzungen wurde auf Grundlage der bis Anfang 2024 vorliegenden Daten vorgenommen und erwiesen sich als zutreffend. Im Juli 2025 hatten sich nur 25 Prozent der Pflegeanbieter an die TI angeschlossen, die Nutzung einer ihrer grundlegendsten Dienste, die sichere Kommunikation mit anderen Gesundheitsdienstleistern über das Modul Kommunikation im Medizinwesen (KIM), war nur für 9 Prozent der Pflegeanbieter möglich. Hauptgründe für den geringen TI-Anbindungsgrad und die fehlende Nutzungsmöglichkeit der TI trotz Anbindung waren u.a. die Notwendigkeit eines Wechsels der Branchensoftware, ein Fehlen der technischen Voraussetzungen und Sorgen der Pflegeanbieter, ob die Refinanzierung der Kostenträger die mit der TI-Anbindung verbundenen Kosten deckt. Vgl. hierzu Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (2025).

7.5. Hinderungsfaktoren für den Einsatz digitaler Pflegetechnologien

(a) Situation³⁶¹

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

1. Die digitale Bereitschaft und die digitalen Fähigkeiten des Personals von Pflegeanbietern, Digitalisierungstechnologien nutzenberingend zu verwenden. Digitalisierungstechnologien bringen im praktischen Einsatz wenig, wenn Pflegekräfte (oder Einrichtungsleitende) sie nicht akzeptieren oder bedienen können.

2. Die Kosten digitaler Pflegetechnologien, d.h. die Anschaffungs- und Betriebskosten sowie die Schulungskosten für das Personal. Letztere lassen sich aufteilen in Kosten für Kurse und Schulungsmaterialien sowie Opportunitätskosten, wenn Beschäftigte aufgrund von Kurs- und Schulungsteilnahmen oder im Zusammenhang mit der informellen Erlernung der Handhabung von Digitalisierungstechnologien (d.h. über eine Anleitung durch Vorgesetzte und/oder Kolleg:innen) temporär vom Dienst freigestellt werden müssen.

3. Die Größe von Pflegediensten und -einrichtungen. Für kleinere Pflegeanbieter könnte zum einen die Nutzung von Digitalisierungstechnologien in Bereichen wie Personalwesen oder Dienstplanerstellung aufgrund einer geringen Komplexität und/oder eines geringen Aufwandes einer nicht digitalen Vorgehensweise weniger wichtig sein. Zum anderen verfügen kleine Pflegeanbieter im Regelfall nicht über die gleichen finanziellen Möglichkeiten zur Anschaffung von Digitalisierungstechnologien wie größere Anbieter. Auch eine Freistellung von Pflegekräften für Schulungen kann schwieriger zu organisieren sein.

Eine ganze Reihe von Studien hat sich mit der Frage der „digitalen Bereitschaft“ von Pflegekräften beschäftigt. Die digitale Bereitschaft und die digitale Kompetenz des Leitungspersonals von Pflegeanbietern wird leider viel seltener untersucht. Die Studienlage ergibt aufgrund der meist sehr allgemeinen Fragen zu digitalen Kompetenzen und zur digitalen Offenheit der

³⁶¹ Vgl. Kapitel 6.5. für eine ausführliche Diskussion der Hinderungsfaktoren für den Einsatz digitaler Pflegetechnologien.

Pflegekräfte ein sehr unklares Bild. Im Grunde selbstverständlich ist, dass die Einführung neuer digitaler Technologien Schulungen und Weiterbildungen der Pflegekräfte erfordert. Mit unüberwindlichen Hindernissen scheint die Vermittlung digitaler Kompetenzen nicht verbunden zu sein, denn viele digitale Technologien haben längst Einzug in den Pflegealltag gefunden. Verschiedene Studien zeigen zudem, dass Pflegeanbieter, die verschiedene digitale Technologien tatsächlich nutzen, die digitalen Kompetenzen und die digitale Offenheit ihrer Pflegekräfte sehr viel höher bewerten als Pflegeanbieter, die noch keine Erfahrungen mit diesen Technologien gemacht haben. Die digitale Kompetenz von Pflegekräften dürfte daher häufig unterschätzt werden. Bezüglich der Akzeptanz von digitalen Pflegetechnologien zeigen Studien, dass sie ganz entscheidend davon abhängt, ob die Technologien (a) die Arbeit der Pflegekräfte tatsächlich erleichtern und (b) mit dem Berufsbild Pflege vereinbar sind. Viele Pflegekräfte lehnen daher Technologien ab, die menschliche Zuwendung ersetzen – also z.B. Unterhaltungs- und Emotionsrobotik. Die Studienlage lässt in Gesamtbetrachtung die vorsichtige Schlussfolgerung zu, dass die digitale Bereitschaft von Pflegekräften nicht gering ist und die unzweifelhaft noch notwendigen Verbesserungen in diesem Bereich eine Aufgabe der Fort- und Weiterbildung von Pflegekräften bzw. der Ausbildungsgestaltung von Pflegenachwuchskräften ist. Ob die digitalen Kompetenzen oder die Offenheit für die Einführung von Digitalisierungstechnologien der Pflegekräfte tatsächlich ein wichtiger Hinderungsfaktor für die Einführung digitaler Technologien in Pflegediensten und -einrichtungen sind, ist daher fraglich. Vielmehr scheint es so zu sein, dass der Aufwand für die Schulung und Weiterbildung der Pflegekräfte der tatsächlich wichtige Hinderungsfaktor ist. Dieses Hindernis fällt allerdings in den Kostenbereich. Die Rolle der Einrichtungsleitenden als denkbarer Hinderungsfaktor bei der Einführung digitaler Technologien ist in der bisherigen Forschung größtenteils vernachlässigt worden. Diesbezüglich vorliegende Daten beruhen fast ausschließlich auf Selbstauskünften der Einrichtungsleitenden und sind daher wertlos. Hier existiert noch eine große Forschungslücke, auf die an dieser Stelle leider nur hingewiesen werden kann.

Kosten, die bei der Investition in eine digitale Pflegetechnologie anfallen, können aus verschiedenen Gründen ein Hinderungsfaktor für die konkrete Anschaffung der Pflegetechnologie sein. Verschiedene Fördermöglichkeiten, ihre Ausgestaltung und zeitliche Befristungen können dazu führen, dass digitale Pflegetechnologien erst dann angeschafft werden, wenn ihre (teilweise) Refinanzierung aus Fördertöpfen gesichert ist. Zudem ist es aus betriebswirtschaftlichen Gründen im Regelfall sinnvoll, digitale Technologien

erst dann zu beschaffen, wenn sie auch nutzenbringend eingesetzt werden können. Dass viele Pflegeanbieter noch nicht an die Telematikinfrastruktur angebunden sind, dürfte u. a. die Folge solcher Überlegungen sein. Oftmals wird eine negativ ausfallende Kosten-Nutzen-Abwägung ein Hinderungsfaktor für die Anschaffung von Pflegetechnologien sein. Auch wenn eine Pflegetechnologie direkt nach ihrer Anschaffung nutzenbringend verwendet werden kann, stellt sich wie bei jeder Investitionsentscheidung die Frage, ob der erwartete Nutzen die Kosten im Zeitablauf überwiegt. Aber auch, wenn eine Pflegetechnologie angeschafft und direkt nutzenbringend verwendet werden kann und die Kosten-Nutzen-Abwägung positiv ausfällt, können die Kosten der Investition in diese Pflegetechnologie im Verhältnis zu den Finanzierungsmöglichkeiten prohibitiv hoch sein. Ein Vergleich der vorliegenden Studien zu Hinderungsfaktoren der Investition in digitale Pflegetechnologien zeigt, dass der Aspekt der begrenzten Finanzierungsmöglichkeiten im Laufe der Zeit im Vergleich zur Kosten-Nutzen-Abwägung zum entscheidenden Hinderungsfaktor von Investitionen geworden ist. Das liegt an der immer schwieriger werdenden wirtschaftlichen Situation vieler Pflegeanbieter. Und es liegt sicherlich auch daran, dass die staatlichen Fördermöglichkeiten, die 2019 eingeführt worden und seither nicht angepasst worden sind, oftmals schon verbraucht sind oder umfangmäßig nicht mehr ausreichen, eine Investitionsfinanzierung unter Berücksichtigung der aufzubringenden Eigenmittel zu ermöglichen. Dass die Kosten-Nutzen-Abwägung nur noch viel seltener eine Rolle spielt, liegt aber auch daran, dass sich viele digitale Pflegetechnologien als ausgesprochen nützlich erwiesen haben.

Hinsichtlich der Größe von Pflegeanbietern als Hinderungsfaktor ist zunächst festzustellen, dass viele ambulante Pflegedienste und stationäre Pflegeeinrichtungen ausgesprochen klein sind. 2021 gab es in Deutschland 15.376 ambulante Pflegedienste. 3.446 bzw. 22,4 Prozent dieser Pflegedienste versorgen 25 oder weniger Pflegeempfangende, davon ein knappes Drittel weniger als 10. Auf der anderen Seite stehen große Pflegedienste. 2.988 bzw. 19,4 Prozent der ambulanten Pflegedienste versorgen mehr als 100 Pflegeempfangende, davon 1.291 mehr als 150. Bei den stationären Pflegeeinrichtungen gibt es ähnliche Größenunterschiede. Es liegt auf der Hand, dass ambulante Pflegedienste, die 20 oder weniger Pflegeempfangende versorgen, einen deutlich niedrigeren Umsatz erzielen können als ambulante Pflegedienste, die 100 oder mehr zu pflegende Personen versorgen. Selbst dann, wenn unterschiedlich große Pflegedienste eine gleiche Umsatzrendite erzielen, fällt der Betriebsüberschuss der kleinen Pflegedienste erheblich geringer aus und entsprechend geringer sind auch die Möglichkeiten, aus betriebl-

chen Überschüssen Investitionen in digitale Pflegetechnologien zu finanzieren. Für stationäre Pflegeeinrichtungen gilt das gleiche. Hinzu kommt, dass die Möglichkeiten der Kreditaufnahme im Durchschnitt für größere Pflegeanbieter besser sein dürften als für kleinere. Da die staatlichen Fördermöglichkeiten sowohl bei der Höhe der Förderung als auch beim aufzubringenden Eigenanteil keinen Unterschied zwischen kleinen und großen Pflegeanbietern machen, dürften sie für kleinere Anbieter zwar in Bezug auf die Förderungshöhe nützlicher, hingegen durch den Eigenanteil weit schwieriger in Anspruch zu nehmen sein. Neben dem Aspekt der Finanzierungsmöglichkeiten dürfte auch die Kosten-Nutzen-Abwägung einer Investition in digitale Pflegetechnologien für kleine und insbesondere für sehr kleine Pflegedienste und -einrichtungen anders ausfallen als für größere. Für einen Pflegedienst im ländlichen Raum, der 10 oder weniger Pflegeempfangende versorgt und entsprechend wenige Pflegekräfte einsetzt, sind Technologien wie eine digitale Dienst- und Tourenplanung offensichtlich weniger wichtig wie für einen städtischen ambulanten Pflegedienst mit 100 zu versorgenden Pflegeempfangenden. Aus diesen Gründen ist zu erwarten, dass die Größe (bzw. die Kleinheit) eines Pflegedienstes oder einer Pflegeeinrichtung ein Hinderungsfaktor für Investitionen in digitale Pflegetechnologien ist. Leider gibt es zu dieser Thematik nur sehr wenige Studien. Ihre Ergebnisse entsprechen aber den Erwartungen. In der jüngsten zur Verfügung stehenden Studie aus dem Jahr 2020 finden sich nach der Größe der Pflegedienste und -einrichtungen differenzierte Angaben zum Einsatz digitaler Pflegetechnologien. Kleinere ambulante Pflegedienste nutzen technische Hilfsmittel bei der direkten pflegerischen Versorgung ebenso häufig wie große Pflegedienste, denn der Nutzen assistiver Technologien bei der Pflege ist nicht von der Zahl der Beschäftigten oder zu pflegenden Personen abhängig. Bei allen Technologien, die der internen Information und Kommunikation zuzuordnen sind, ist die Nutzungsquote kleiner Pflegedienste hingegen geringer. Obwohl sich auch bei vollstationären Einrichtungen die Nutzungsquoten digitaler Pflegetechnologien nach der Größenklasse der Einrichtungen entsprechend den Erwartungen unterscheiden, sind die Unterschiede nur gering. Das hängt vermutlich damit zusammen, dass in der oben genannten Studie die „kleinsten“ betrachteten Einrichtungen bis zu 40 Beschäftigte haben, sodass „wirklich“ kleine Einrichtungen nicht gesondert erfasst worden sind. Keine der vorliegenden Studien fragt direkt nach den Finanzierungsmöglichkeiten für kleine Pflegeanbieter. Auch wenn eine nicht mehr aktuelle Studie aus dem Jahr 2017 erkennen lässt, dass für kleine Pflegedienste häufig eine Kosten-Nutzen-Abwägung für die Investitionen in Pflegetechnologien entscheidend ist, ist die Investition in teure Branchen-

software vermutlich häufig auch aufgrund der finanziellen Möglichkeiten für kleine Pflegedienste unattraktiv. Problematisch ist, dass die aus betriebswirtschaftlichen Gründen nachvollziehbare Entscheidung kleiner Pflegedienste, nicht in kostspielige digitale Pflegetechnologien zu investieren, zur Folge hat, dass nur wenige dieser Einrichtungen über eine Basisinfrastruktur verfügt, die für eine gewinnbringende Nutzung der Telematikinfrastruktur notwendig ist. Das könnte sich in den nächsten Jahren ändern, würde aber, da viele dieser Pflegedienste einen großen Digitalisierungsrückstand aufweisen, im Durchschnitt sehr viel höhere Investitionen notwendig machen, als es bei größeren Pflegediensten der Fall ist. Ob dazu die finanziellen Möglichkeiten vorhanden sind, ist fraglich. Umso bedauerlicher ist es, dass über die Finanzierungsbedingungen kleiner und sehr kleiner Pflegedienste noch weniger bekannt ist als über ihren Digitalisierungsgrad.

(b) Bedeutung für die Studie

Vor dem Hintergrund, dass in der überwiegenden Zahl der Pflegedienste und -einrichtungen noch keine digitale Basisinfrastruktur im Sinne einer digitalen Vernetzung aller relevanten Prozesse der primären und sekundären Pflege vorhanden ist, sodass ein Anschluss an die Telematikinfrastruktur häufig nicht mit einem Mehrwert verbunden ist bzw. sein wird, wäre es wichtig zu erfahren, was die wichtigsten Hinderungsfaktoren für Investitionen in digitale Pflegetechnologien sind. Im Rahmen dieser Studie wurden jedoch aus bereits erläuterten Gründen keine Fragen zur wirtschaftlichen Situation der Pflegeanbieter gestellt, sodass hier keine Erkenntnisse gewonnen werden konnten. Leider konnten im Rahmen der Studie weder sehr kleine noch sehr große Pflegeanbieter befragt werden, sodass auch ein Zusammenhang zwischen der Größe von Pflegeanbietern und der Investition in Pflegetechnologien nicht ermittelt werden konnte. Diese Forschungsfragen zu beantworten, wird Aufgabe weiterer Studien sein.

Die Forschungsfrage in diesem Bereich lautete:

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

Über die Ergebnisse wird in Abschnitt 8.5. berichtet.

8. Ergebnisse der empirischen Studie

8.1. Die Marktbedingungen in der Langzeitpflege

Wie bereits in Abschnitt 7.1. erwähnt, wurde in dieser Studie davon abgesehen, Pflegedienste und -einrichtungen direkt nach ihrer wirtschaftlichen Situation zu befragen. Grund war die Erwartung, dass Pflegeanbieter, ebenso wie Betriebe in anderen Wirtschaftssektoren, ungern Auskunft über ihre wirtschaftliche Situation geben. Gefragt wurde allerdings nach den Wettbewerbs- und Marktbedingungen in der Langzeitpflege.

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

Dass es zwischen Pflegeanbietern aktuell noch eine Konkurrenz um Kunden bzw. zu pflegende Personen gibt, wird von den befragten Pflegeanbietern entweder explizit verneint oder spielt in ihren Überlegungen keine Rolle. Für den nicht vorhandenen Wettbewerb um „Kunden“ werden zwei Gründe genannt: Zum einen die Überschussnachfrage nach Pflegeplätzen bzw. Pflegediensten („(...) *es gibt so viele Menschen, die Hilfe brauchen und von daher ist es so, dass (...) man irgendwie die Menschen abholen muss in der Situation.*“), zum anderen die Tatsache, dass Pflegeempfangende nur selten einen einmal gefundenen Pflegeanbieter wechseln („*Die meisten Klienten, die wir haben, die bleiben auch. Also, wer einmal bei einem ambulanten Dienst ist, da muss der ambulante Dienst schon gar nicht auf die Wünsche eingegangen sein, manchmal kann man es auch nicht. Aber im Normalfall wechselt kaum jemand.*“). Dass Pflegeempfangende selten einen einmal gefundenen Pflegeanbieter wechseln, liegt zum einen sicher daran, dass sich mit der Zeit ein Vertrauensverhältnis zu den Pflegekräften aufbaut. Ein zweiter Grund dürfte aber auch sein, dass es schwierig ist, überhaupt einen anderen aufnahmebereiten Pflegedienst oder

eine Pflegeeinrichtung zu finden. Denn zum Teil ist die Wahlmöglichkeit so stark eingeschränkt, dass letztlich die Pflegeanbieter entscheiden, ob für die Versorgung eines bzw. einer weiteren Pflegeempfangenden noch genügend Ressourcen vorhanden sind, sodass die Zahl der aufnahmebereiten Pflegeanbieter maximal eins beträgt: *„Also mit den Sozialdiensten ist es so, da gibt es tatsächlich einige Plattformen, wo wir auch angemeldet sind, z. B. bei [Plattformdienst XY], das ist eine Plattform, wo anonymisiert die Daten hochgeladen werden und dann können Pflegedienste reagieren und sagen ‚Ich habe Aufnahmemöglichkeiten und ich möchte diesen Patienten übernehmen‘“*. Statt von Konkurrenz, wird zum Teil über kooperative Beziehungen zu anderen Pflegeanbietern berichtet (*„Und das ist eher so, dass man sich da auch eher die Tipps gibt. Also das man sich da eher auf Augenhöhe begegnet, mittlerweile.“*; *„Also, wenn mich jemand fragt, Mensch, ich will das mal beantragen, die Förderung brauche ich, dann würde ich meinen Berufskollegen auch helfen, wir sind da als Pflegedienst auch echt sehr transparent und im Austausch.“*). Obwohl es keine Konkurrenz zwischen Pflegeanbietern gibt, soweit es um Kunden bzw. zu pflegende Personen auf der Suche nach angemessener Versorgung geht, wird von den Befragten in einem anderen Bereich eine tatsächliche Konkurrenzbeziehung zwischen Pflegeanbietern bzw. zwischen Pflegeanbietern und anderen Institutionen, die Pflegekräfte beschäftigen, betont: Bei der Gewinnung von geeignetem Pflegepersonal: *„Was stärker vertreten ist, wenn wir Personalkonkurrenz betrachten, sind stationäre Altenpflegeeinrichtungen, also stationäre Langzeitpflege, und schon auch die Kliniken. In [Name des Ortes] haben wir eine Klinik. Und Seniorenheime natürlich auch, von verschiedenen Trägern, sowohl konfessionell wie auch freie Träger. Da gibt es schon Personalkonkurrenz, das kann man schon sagen“*. Diese Konkurrenz um Pflegepersonal dreht sich offenbar vor allem um Pflegefachkräfte. Die mittlerweile durchaus nicht mehr niedrige Bezahlung von ungelernten Pflegekräften scheint jedenfalls die Möglichkeit eröffnet zu haben, diese Pflegekräfte aus anderen Wirtschaftssektoren mit niedrigeren Löhnen abzuwerben: *„Also ich habe einige auch aus der Friseurbranche bspw., die wirklich grottenschlecht bezahlt werden, die wir dann sozusagen in die Pflege bekommen. Aber das muss natürlich auch von den Skills passen. Also, von den sozialen Aspekten usw., dass die auch wirklich in der Pflege arbeiten können und möchten und wollen“*.

Forschungsfrage 1 kann dennoch verneint werden, denn gefragt wurde nach dem Wettbewerb um Kunden bzw. zu pflegende Personen. Von einem solchen Wettbewerb berichtete keiner der befragten Pflegeanbieter. Die Nachfrage nach professioneller Pflege ist so hoch und die Personalkapazitäten der Pflegeanbieter sind so gering, dass sich der Wettbewerb zurzeit um das Pfl-

gepersonal dreht. Einschränkend muss allerdings darauf hingewiesen werden, dass keine Pflegedienste und -einrichtungen befragt worden sind, die im großstädtischen Raum angesiedelt sind. Da in Großstädten aber auch die Nachfrage nach Pflegeleistungen hoch ist, ist zumindest fraglich, ob sich die Wettbewerbssituation dort anders darstellt. Das hier erzielte Ergebnis, wonach eine Überschussnachfrage nach Pflegeangeboten Kundenwettbewerb zwischen Pflegeanbietern verhindert, es aber einen Wettbewerb um (gut ausgebildetes) Pflegepersonal gibt, wird im Bereich der ambulanten Pflege auch von aktuellen Branchenanalysen gestützt: *„Die Branche der ambulanten Pflege erlebte in den letzten fünf Jahren eine Phase außergewöhnlichen Wachstums. Getragen wurde diese Entwicklung von der hohen Nachfrage nach Pflegedienstleistungen und der Beliebtheit der ambulanten Pflege in der Bevölkerung. Beschränkungen beim Wachstum sind die personellen Ressourcen bei der Akquirierung und Bindung qualifizierter Mitarbeiter. So wären in der Branche viel höhere Wachstumsraten möglich, wenn die Branchenakteure genügend Personal finden könnten.“*³⁶²

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

8.2. Der Personalmangel in der Langzeitpflege

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

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

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

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

Die befragten Leitenden der Pflegeanbieter schildern, dass sie die aktuelle Personalknappheit als ein ständiges Arbeiten an der personellen Kapazitätsgrenze erleben. Personalausfälle führten in einer solchen Situation sehr schnell dazu, dass Pflegekräfte Mehrarbeit verrichten müssen: *„Also die Arbeitsbelastung ist natürlich dann gegeben, wenn ein hoher Ausfall da ist von den Kollegen, ein hoher Krankenstand da ist. Dann verdichtet sich das und sie müssen dann Aufgaben übernehmen“*. Die Pflegekräfte erleben das natürlich viel direkter. Viele haben die Erfahrung gemacht, dass sich die Personalsituation in den letzten Jahren immer weiter verschlechtert hat, sodass die Entwicklung mit einem gewissen Ohnmachtsgefühl verfolgt wird (*„Wir hatten ursprünglich vier Wohnbereichsleitungen, das fand ich persönlich besser als zwei. Das ist reduziert worden auf zwei. Jetzt haben wir nur noch eine, da wir die Leerstelle nicht nachbesetzt bekommen. Das haben wir versucht.“*; *„Dann kamen die Pflegestufen (...), ja, die Arbeit hat sich verdoppelt, die Anzahl der Mitarbeiter nicht. Jetzt kamen dann die Pflegegrade, da hat sich nichts verbessert in der Gesamtsituation. Inzwischen ist es ja deutlich schwieriger, überhaupt jemanden für die Pflege zu begeistern, überhaupt Personalnachwuchs zu bekommen.“*). Der Zusammenhang zwischen einer sich stetig verschlechternden Personalsituation und der ebenso stetig zunehmenden Mehrbelastung ist den Pflegekräften natürlich bewusst. Nach einem Wunsch gefragt, dessen Eintreten für eine Verbesserung der aktuellen Situation sorgen könnte, lautete die lapidare Antwort einer Pflegekraft: *„Mehr Personal“*. Keine der befragten Pflegekräfte wünschte sich hingegen einen höheren Lohn; ein Hinweis darauf, dass die schlechten Arbeitsbedingungen das Denken der Pflegekräfte weit mehr beherrschen als eine zu geringe Bezahlung. Die viel direktere Betroffenheit der Pflegekräfte

kommt auch dadurch zum Ausdruck, dass sie die Folgen des Personalman- gels nicht einfach als „mehr Aufgaben übernehmen müssen“ beschreiben, sondern auch die weitergehenden Folgen in ihre Überlegungen einbeziehen. Auffällig ist dabei, dass sie auch bei einer Erledigung von Mehrarbeit nicht nur an ihre eigene Mehrbelastung denken, sondern auch verhindern wollen, dass andere unter der Situation leiden. Das sind zum einen die Pflegeemp- fangenden: *„Es geht ja nicht darum so viel Arbeit in so kurzer Zeit wie möglich mit so wenig Personal wie möglich hinzubekommen. Es geht um die Menschen- würde der Leute, die wir pflegen“*. Zum anderen sind es aber auch die Kolleg:in- nen: *„Oder wenn ich halt viel an die nächste Schicht weitergeben muss. Das finde ich auch nicht gut“*. Trotz des hohen Einsatzes ist eine völlig zufriedenstellende Leistungserbringung nicht immer möglich, was Pflegekräfte auch noch in ihrer Freizeit belastet: *„Natürlich muss man Kompromisse eingehen. (...) Aber dann nehme ich auch viel mit nach Hause. Dann geht Zuhause quasi der Kopf weiter. Was habe ich alles nicht geschafft und warum? Wie kann ich es vielleicht am nächsten Tag besser machen?“*.

Dass es einen Zusammenhang zwischen dem Personalmangel und den schlechten Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege gibt, ist so offensicht- lich, dass es nicht weiter betont werden muss. Die Schilderungen der Pflege- kräfte decken sich aber auch mit weniger trivialen Ergebnissen anderer Stu- dien. Obwohl sie unter ständigem Zeitdruck arbeiten müssen, legen sie dennoch einen hohen Wert darauf, trotz notwendiger Kompromisse qualita- tiv gute Pflegearbeit zu leisten. Wenn das nicht gelingt, wird noch in der Freizeit damit gehadert, was man anders oder besser hätte machen können. Dabei geht es zum einen um die Zufriedenheit der Pflegeempfangenden, es wird aber auch die Bedeutung guter kollegialer Beziehungen betont; die Pflegekräfte wollen nicht, dass die nachfolgende Schicht mit dem nicht er- ledigten Arbeitspensum belastet wird. Hingegen schildert keine befragte Pflegekraft, dass ein Verfehlen des gesamten Arbeitspensums deshalb belas- tend sei, weil die Vorgaben von Vorgesetzten nicht erfüllt wurden oder des- halb Sanktionen befürchtet würden. Die Personalsituation ist Leitenden und Pflegekräften gleichermaßen klar. Unter diesen Umständen gehen auch Leitende nicht davon aus, dass Pflegekräfte bei einer angespannten Personal- situation, die z.B. durch krankheitsbedingte Ausfälle von Pflegekräften verursacht worden ist, alle nun zusätzlich anfallenden Aufgaben erledigen können. Zudem wären Sanktionen in einem solchen Fall nicht nur unge- rechtfertigt, sondern vor dem Hintergrund des Wettbewerbs um Pflegeper- sonal auch kontraproduktiv.

F3: Mit welchen Maßnahmen wird den Personalmangel begegnet und wie wirken sich diese Maßnahmen auf die Pflegekräfte aus?

Wenn Leitende von Pflegeanbietern verhindern wollen, aufgrund des Personalmangels die Zahl der zu versorgenden Pflegeempfangenden zu reduzieren, bleiben ihnen letztlich nur drei Optionen.

Eine erste Option besteht darin, das Arbeitspensum der vorhandenen Pflegekräfte zu erhöhen: *„Das heißt, dass vielleicht auch Touren zusammengelegt werden müssen, um dann die Versorgung auch zu gewährleisten“*. Solche Maßnahmen sind aber nur temporär hilfreich und die im aufgeführten Zitat genannte Maßnahme wurde auch im Kontext unerwarteter Personalausfälle geschildert. Was eine Erhöhung des Arbeitspensums für Pflegekräfte bedeutet, wurde bereits diskutiert. Eine Zusammenlegung von Touren läuft letztlich darauf hinaus, dass Pflegekräfte mehr Pflegebedürftige versorgen müssen, was ohne Qualitätseinbußen nur im Rahmen einer Doppelschicht möglich ist. Eine dauerhafte Erhöhung des Arbeitspensums dürfte Pflegekräfte schnell an die Leistungsgrenze bringen und vermutlich dazu führen, dass sie nach einiger Zeit zu einem anderen Pflegeanbieter wechseln: *„Auch die Doppelschichten. (...). Also es gibt verschiedene ambulante Dienste hier, die haben nur Frühschicht oder nur Abenddienste. Und bei uns ist es oft so: Wir arbeiten 12 Tage, Wochenende frei, 12 Tage. Und in diesen 12 Tagen kann es sein, dass man bis zu fünf Mal eine Doppelschicht hat. Und das ist einfach heftig. Da ist dann morgens ein voller Dienst, eine kurze Mittagspause und dann ein voller Abenddienst. Das ist einfach viel“*.

Eine zweite Option besteht darin, durch geeignete Maßnahmen den Personalbestand zu erhöhen. Bereits im letzten Abschnitt wurde geschildert, dass Pflegeanbieter in einer Konkurrenzbeziehung um (gutes) Personal stehen. Sie machen von der zweiten Option somit Gebrauch. Da der Markt für Pflegekräfte leergefegt ist, werden dabei zum Teil auch Personen für die Pflege rekrutiert, die aus anderen Wirtschaftssektoren stammen bzw. keine einschlägige Pflegeausbildung besitzen. Im Grunde wird beinahe jede Möglichkeit genutzt, benötigtes Personal einzustellen, was zur Folge hat, dass der Qualifikationsmix der Pflegekräfte zunehmend ausfasert: *„Von sechs Neueinstellungen im Fachpflegebereich habe ich vielleicht drei mit einer dreijährigen Ausbildung als Pflegefachkraft und drei andere – eine einjährige, eine medizinische Fachangestellte und vielleicht auch eine, die lediglich angelernt ist und dann eben manche Tätigkeiten nicht machen kann“*. Wie schwierig die Akquise neuen Personals ist, ist auch den Pflegekräften bewusst. Sie vermuten nicht, dass der

geringe Personalbestand auf Einsparversuche zurückzuführen ist, vielmehr seien die Möglichkeiten der Leitenden, für Entlastung zu sorgen, begrenzt: *„Aber da hapert es in der Umsetzung, weil dieses Qualitätsniveau, also die einjährige Ausgebildeten, die hat man nicht. Wo soll man die herkriegen? (...) Und wenn wir welche ausgebildet haben, bewusst in der Hoffnung die behalten zu können als Einjährige, dann bekommen die keine Arbeitserlaubnis, weil eine einjährige Ausbildung keine Ausbildung ist. Erst ab zwei Jahren bekommen die dann eine Aufenthaltserlaubnis. Also musste man die abschieben. Danke“*. Die befragte Pflegekraft schildert hier mit den Schwierigkeiten der Rekrutierung ausländischer Pflegekräfte einen Sachverhalt, den Leitende gar nicht erwähnen. Zumindest in den im Rahmen dieser Studie befragten Pflegediensten und -einrichtungen scheint die Rekrutierung ausländischen Pflegepersonals nicht als zielführende Maßnahme gesehen zu werden, den Personalmangel nachhaltig abzumildern. Weil das Thema in den Gesprächen mit Leitenden keine Rolle spielte, konnten die genauen Gründe hierfür nicht in Erfahrung gebracht werden. Möglicherweise ist die geringe Relevanz dieses Themas in den Gesprächen darauf zurückzuführen, dass nur klein- oder vorstädtische Pflegedienste befragt worden sind, die für ausländische Pflegekräfte weniger attraktiv sind als Pflegeanbieter in Städten und Großstädten.

Eine dritte Möglichkeit könnte darin bestehen, die Effizienz der Leistungserbringung durch den Einsatz digitaler Technologien zu erhöhen. Jedoch wird der Einsatz von Digitalisierungstechnologien weder von Leitenden noch von Pflegekräften als signifikante Maßnahme in Erwägung gezogen, dem Personalmangel zu begegnen. Das liegt vielleicht daran, dass die Auswirkungen der Einführung digitaler Technologien auf den vorhandenen Personalstamm und auf die Gewinnung neuer Pflegekräfte durchaus unterschiedlich sein können. So wird zum einen geschildert, dass Pflegekräfte, die Schwierigkeiten mit digitalen Technologien haben, Pflegeanbieter in Einzelfällen verlassen haben: *„Aber es gab auch welche, die ab diesem Zeitpunkt nicht mehr zur Arbeit gekommen sind. (...) Also, die dann gesagt haben, das ist mir alles zu kompliziert, das ist mir alles zu schwierig“*. Zum anderen wird der Einsatz digitaler Technologien aber auch als Mittel gesehen, vor allem jüngere Menschen für den Pflegeberuf zu gewinnen: *„Weil die Generation, die wir ja jetzt auch kriegen, (...) die ist ja schon sehr fit was Digitalisierungsprozesse angeht und (...) da werde ich (...) vielleicht sogar eher attraktiver sein, auch vielleicht sich einen sozialen Beruf auszusuchen. Weil, es ist vor allen Dingen von Vorteil, da werbe ich auch immer mit, dass man junge Menschen motiviert in einen Gesundheitsberuf zu gehen, weil man beides gut verknüpfen kann, die organisatorischen und Digitalisierungsprozesse als eben auch diese sinnstiftende Tätigkeit“*. Wie

noch an anderer Stelle diskutiert wird, sehen Pflegeanbieter durchaus, dass verschiedene digitale Pflegetechnologien die Effizienz der Leistungsprozesse erhöhen können, verbinden das aber an keiner Stelle mit der Möglichkeit, Personal einzusparen oder künftig weniger Neueinstellungen vornehmen zu müssen. Dass der Einsatz digitaler Pflegetechnologien dazu führen kann, dass der Pflegeberuf attraktiver wird, wird vereinzelt geäußert, aber von vielen Pflegeanbietern wohl nicht als entscheidender Faktor gesehen, dem Personalmangel zu begegnen. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass digitale Pflegetechnologien regelmäßig nicht darauf ausgerichtet sind, Pflegekräfte direkt zu ersetzen, sodass die Leitenden von Pflegeanbietern vor allem an die fehlenden Substitutionsmöglichkeiten gedacht haben. Und auch wenn effizientere Pflegeprozesse im Laufe der Zeit Personaleinsparungen ermöglichen könnten, stellen sich diese Effekte nicht kurzfristig ein und können vor dem Hintergrund des bestehenden Personalmangels nur dazu dienen, diesen etwas abzumildern.

F4: Welche künftigen Entwicklungen im Personalbereich werden erwartet?

Pflegekräfte haben, wie oben bereits besprochen worden ist, seit vielen Jahren nur eine Verschärfung der Personalsituation erlebt und ihre Erwartungen der künftigen Entwicklung sind entsprechend von einem gewissen Fatalismus geprägt. An keiner Stelle der Befragungen wurden auch nur vorsichtig optimistische Erwartungen an die künftige Personalsituation geäußert.

Ein wenig anders sieht es bei den Leitenden der Pflegeanbieter aus. Zwar erwarten auch diese nicht, dass sich der Personalmangel in der Langzeitpflege in absehbarer Zeit spürbar abmildern wird, aber sie erwarten sowohl positive als auch negative Entwicklungen im Bereich der Qualifizierung und Kompetenzen von Pflegekräften. Die durch das Qualifizierungschancengesetz seit 2019 eröffnete Möglichkeit, dass Beschäftigte, die in einem vom Fachkräftemangel betroffenen Berufsfeld arbeiten, eine Weiterbildungsförderung von 100 Prozent erhalten können, wird von Leitenden positiv gesehen, weil sie auf diese Weise künftig über Pflegekräfte mit mehr Kompetenzen verfügen könnten, die dann auch entsprechend flexibler einsetzbar wären: *„Und es gibt da ja auch Gesetzgebung, die finde ich sehr gut, z. B. das Chancen- und Qualifizierungsgesetz, dass Menschen, die über drei Jahre in der Pflege gearbeitet haben, dann die Möglichkeit haben, in einer Pflegeschule eine Nachschulung zu machen und das einjährige Examen nachzuholen. Und damit quali-*

fizieren die sich für höherwertige Aufgaben, wie Insulingaben und Kompressions-therapien“. In eine ähnliche Richtung zielen Weiterbildungsmöglichkeiten für Pflegekräfte, die bereits eine einjährige Berufsausbildung abgeschlossen haben und die durch eine ebenfalls im Rahmen des Qualifizierungschancengesetzes geförderte Weiterbildung Kompetenzen im Bereich der von den meisten ambulanten Pflegediensten angebotenen häuslichen Krankenpflege erwerben können: „Gerade ist man – was ja private Pflegedienste schon dürfen – an der Öffnung der Leistungsgruppe zwei für die Einjährigen dran. Das wäre auch nochmal eine größere Perspektive (...)“.

Angesprochen wird aber auch die Gefahr, dass immer noch in den Bereich der Pflegehilfskräfte fallende Pflegende zunehmend Leistungen erbringen dürfen, die bis vor wenigen Jahren Pflegefachkräften vorbehalten waren, so dass ein Qualitätsverlust resultieren könnte: *„Und das dann alles zusammenzuhalten und zu verantworten und letzten Endes keinen zu großen Qualitätsverlust zu generieren, das ist dann schon die Herausforderung, die es in Zukunft immer mehr geben wird“.* Doch das künftig der Mangel an Pflegefachkräften abgemildert wird, wird von Leitenden nicht erwartet. Weit mehr wird die Gefahr gesehen, dass sich hier eine Entwicklung abzeichnet, die zu einer Dequalifizierung führt, weil Pflegefachkräfte aufgrund der Personalengpässe nicht entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt werden: *„Meiner Meinung nach wird es sich einfach dadurch verändern, dass es immer weniger Fachkräfte gibt und die Ressource der Fachkraft eben maximal im Kundenkontakt stattfindet. Und alles andere muss weg. (...) Also das ist eine Entwicklung, die wir heute schon haben, aber in zehn Jahren noch einmal deutlich drängender“.*

Es ist eine aus Sicht der Leitenden paradoxe, aber in den nächsten Jahren wohl kaum zu ändernde Situation: Der Mangel an Pflegefachkräften hat zur Folge, dass gesundheitspolitische Maßnahmen ergriffen werden, Pflegehilfskräfte so weiterzubilden, dass sie zuvor Pflegefachkräften vorbehaltene Leistungen erbringen dürfen. Weil sich dadurch aber nur der Qualifikationsmix der Pflegenden ändert, nicht aber ihre Anzahl, müssen Pflegefachkräfte Leistungen erbringen, für die sie eigentlich überqualifiziert sind. Für die Planung und Steuerung der Pflege und für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität bleibt dann wenig Zeit. Könnte künftig möglicherweise der Einzug von Akademikern in die Pflegedienste und -einrichtungen hilfreich bei der Erbringung dieser Leistungen sein? Das wird eher nicht erwartet, weil die Beschäftigung von Pflegewissenschaftler:innen teuer sei und nicht refinanziert würde: *„Und es gibt mit Sicherheit viele Studierende (...) die kompetenzmäßig in der Lage wären auch sowas zu machen oder solche Aufgaben*

zu übernehmen oder auch z. B. das Schnittstellenmanagement besser zu regeln, was Entlassungsmanagement angeht, das alles zu koordinieren. Aber es gibt dafür keine Stellen (a), weil sie aber auch nicht finanziert werden (b). (...) das ist Wunschdenken (...) weil die Gelder müssen bereitgestellt werden und die Kostenträger sagen ja jetzt schon, es gibt kein Geld mehr. Es gibt kein Geld mehr, die sind froh, wenn überhaupt die Menschen irgendwie versorgt sind“.

Ob der Pflegeberuf künftig an Attraktivität gewinnen könnte, wenn auch die Kompetenzen der Pflegefachkräfte erweitert werden, sodass sie Aufgaben übernehmen dürften, die bislang anderen Leistungserbringern des Gesundheitssystems vorbehalten sind, wird von den Leitenden sehr kontrovers beurteilt. Manche Leitende erwarten, dass es einen solchen Kompetenzzuwachs geben wird, und sehen das sehr positiv: *„Also ich denke auch, dass die Pflege in 10 Jahren schon mehr Kompetenzen hat (...) also (...) sagen wir mal einfach was Verordnungen angeht oder auch das man nicht wegen jedem kleinen Ding einen Arzt anrufen muss, sondern dass man wirklich selber entscheiden kann. (...). Und, ich will das ein bisschen mit dem Handwerk vergleichen, (...) also, dass es Meister gibt in der Pflege, faktisch“.* Andere Leitende sehen das eher skeptisch: *„Ich denke, es wird mit Sicherheit in den kommenden Jahren zu größeren Auseinandersetzungen auf dem Gebiet kommen. Vor allen Dingen deswegen, wenn ich die Pflege stärken möchte, dann nützt es nichts, wenn ich irgendwelche Aufgaben übergebe, das haben wir heute schon. Das eben Aufgaben an uns übergeben werden, die dann auch katastrophal vergütet werden. Wundversorgung zum Beispiel. Das geben die Ärzte ganz gerne ab, denn das ist auch nur viel Geschäft und viel Kundenkontakt, bzw. Arzt-Patienten-Kontakt. Aber das kann es auch nicht sein. Es darf nicht bei der Pflege alles das landen, was ungeliebte Kinder sind“.* In letzterem Falle würde der Pflegeberuf nicht attraktiver, aber der Personalmangel durch die zusätzlich anfallenden Aufgaben noch verschärft.

Die Leitenden der Pflegeanbieter gehen zusammenfassend nicht davon aus, dass sich an der Situation des Personalmangels in der Langzeitpflege etwas Grundlegendes ändern wird. Weil davon insbesondere Pflegefachkräfte betroffen sind, wird stattdessen erwartet, dass gesundheitspolitisch weiterhin versucht werden wird, eine leichte Entschärfung des Fachkräftemangels über eine Förderung der Weiterbildungsmöglichkeiten bzw. des Kompetenzerwerbs von Pflegehilfskräften zu erreichen. Das entlastet die Pflegeanbieter, weil sie ihre Pflegekräfte flexibler einsetzen können, geht aber auf Kosten der Pflegefachkräfte, deren Qualifikation in doppelter Hinsicht entwertet wird. Erstens, weil einige ihrer in einer dreijährigen Ausbildung erworbenen Kompetenzen nun auch von Pflegekräften mit einem viel geringeren Aus-

bildungsniveau erworben werden können. Zweitens, weil sie aufgrund des Personalmangels für Aufgaben eingesetzt werden, für die sie überqualifiziert sind, was im Zeitablauf zu einem Verlust an Humankapital führt, wie eine Leitungskraft erläutert: *„Ich habe hier viele Bewerbungsgespräche, (...) wo ich Pflegefachkräfte frage wie fit sie auch sind, was die Dokumentation angeht, Risikoeinschätzung (...). Ich würde mal sagen, 90 Prozent der Antworten bei den Pflegefachkräften sind, dass sie einfach über Jahre das nicht gemacht haben, und das erschreckt mich“*. Ob sich mehr Auszubildende für den Beruf Altenpflegefachkraft begeistern ließen, wenn sie einige zusätzliche, zuvor anderen Leistungserbringern vorbehaltene Leistungen erbringen dürfen, wird eher kontrovers diskutiert. Nicht erwartet wird, dass künftig mehr Pflegewissenschaftler:innen in Pflegediensten und -einrichtungen arbeiten werden. Sie seien schlicht zu teuer.

8.3. Die Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege

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

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

Für die Leitenden der Pflegeanbieter besteht eine Konsequenz der von Kostenträgern vorgegebenen Vergütung einzelner Pflegeleistungen darin, dass Pflegekräfte bei der Erbringung dieser Leistungen so enge Zeitrestriktionen beachten müssen, dass im Regelfall eine echte Bezugspflege unmöglich ist: *„Das ist den Mitarbeitern sehr wohl bewusst, dass eben da eine Beziehungsarbeit und eine Qualitätsarbeit nicht stattfinden kann, sondern da geht es funktionell darum, dass wir morgens fachgerecht die Kompressionsstrümpfe anziehen und dann ist unsere Leistung abgehakt. D. h., Zeit für eine Gesprächsführung ist in dem*

Moment nicht gegeben, denn dafür wird eben das Geld, diese Pauschale, nicht bezahlt (...): Der Zwang, wirtschaftlich zu arbeiten, ließe eine andere Vorgehensweise nicht zu: „Das ist aber aus genau dem Grund, denn früher war es eben normal, dass man eben die Zeit auch hatte und da kam man wirtschaftlich auch hin. Aber durch alle auferlegten Prozesse, die ja jetzt notwendig sind, ist einfach der Kostendruck wahnsinnig hoch geworden“.

Dennoch werden Versuche unternommen, die Situation etwas zu entschärfen, wenn auch unter Umständen nur durch die Abrechnung zusätzlicher Leistungen oder den Verkauf zusätzlicher Leistungsmodule an Pflegeempfangende, wie eine Leitungskraft erläutert: *„Wir sagen und kommunizieren schon auch immer, wenn es länger dauert, dann dauert es länger, das ist kein Problem. Versuchen dann teilweise noch mehr Leistungen beim Kunden abzurechnen, gerade Betreuungsleistungen oder sozusagen Füllmodule, dass der Kunde nicht so gestresst ist und der Mitarbeitende in der Folge auch nicht“.* Eine andere Möglichkeit der Entlastung von Pflegekräften ist es, einzelne auf einer Tour durchzuführende Leistungen auf einen späteren Zeitpunkt zu verschieben, wenn die Zeit nicht hinreicht: *„Ambulant sind wir ein bisschen flexibler, weil wenn wir Menschen einmal in der Woche beim Duschen z. B. helfen, was ja auch absolut wichtig ist, können wir z. B. auch sagen: ‚Dann findet das eben nicht heute statt, sondern morgen‘, und nehmen den Patienten eben heute raus“.* In diesem Fall fällt dann aber natürlich nicht nur die Bezugspflege weg, sondern – jedenfalls vorübergehend – die gesamte Pflegeleistung, auch wenn sie später nachgeholt wird.

Die durch den ständigen Zeitdruck kaum noch mögliche menschliche Zuwendung gegenüber den Pflegeempfangenden wird von den Pflegekräften als etwas geschildert, dem man selbst nicht ausgesetzt sein will: *„(...) und man muss sich auch selber mal überlegen, möchte ich so gepflegt werden. Und ich denke, die meisten sagen ‚nee, so nicht‘. Auch diejenigen, die in der Kasse sitzen und uns diese Zeiten vorgeben“.* Es sind zudem die Pflegekräfte, die Zielscheibe der Unzufriedenheit der Pflegeempfangenden mit dieser „Minutenpflege“ sind: *„Wenn die Leute, oder die Klienten, das Gefühl haben, wir haben kaum Zeit für die, sind die natürlich auch etwas gestresst und unzufrieden, weil, die zahlen ja. Und, das ist ja, wie wenn ich irgendwo hingehe und etwas bezahle, eine Leistung, und habe das Gefühl, ich bekomme die nicht richtig, dann bin ich unzufrieden. Und das haben unsere Klienten leider auch ganz oft“.* Pflegekräfte berichten ebenfalls darüber, dass mehr Zeit für die Pflege nur möglich ist, wenn Pflegeempfangende zusätzliche Leistungsmodule bezahlen. So wird im Kontext der für die Leistung „große Körperpflege“ zur Verfügung stehenden Zeit von

23 Minuten folgender Fall geschildert: *„Jetzt muss – ich sage es mal krass – die arme Sau die im Rollstuhl sitzt und es in 23 Minuten, selbst mit professioneller Hilfe nicht machbar ist, (...) der muss mehr zahlen. Na klar ist der dann nicht zufrieden. Dann muss ich das Modul dazubuchen, ist okay. Hier wird irgendwann nachgefragt, warum dauert das denn dort immer 40 Minuten und nicht 23, man bucht was dazu, der muss mehr bezahlen, der ist unzufrieden. Ja und dann sind wir wieder bei der Menschenwürde. Jetzt kann sich der arme Mensch das nicht mehr leisten zweimal die Woche geduscht zu werden, muss halt einmal die Woche reichen“.*

Solche nachvollziehbaren Bedenken der Pflegekräfte stoßen bei Leitenden nicht durchgehend auf Verständnis, sondern werden teilweise als (zu) sentimental beschrieben: *„Aber ich denke schon, es gibt einen Satz von 20 – 30 Prozent, die noch so ein bisschen sozialromantisch unterwegs sind. Und einfach die guten alten Zeiten der Dorfschwester im Blick haben, die das mitbringt, was es eben nicht mehr gibt: Zeit.“* Neben solchen Meinungen findet sich aber auch Verständnis für die Pflegekräfte: *„Und ich glaube, die Belastungsgrenze ist irgendwie überall trotzdem angespannt und hoch, man steht unter Zeitdruck, das ist so, das merke ich auch selbst, wenn ich Tour fahre, ich fahre ja auch öfters mal auch Tour, wenn jemand krank wird, dann spring ich ein und ich kenn die Zeiten und man ist schon durchgetaktet, allein durch die einzelnen Minutenvorgaben, das ist so“.*

Pflegetechnologien spielen beim wahrgenommenen Zeitdruck aus Sicht der Pflegekräfte eine ambivalente Rolle. Es geht dabei um die digitalen Tourenbegleiter, die in der ambulanten Pflege mittlerweile beinahe zum Standard gehören – sie wurden jedenfalls in allen von uns befragten ambulanten Pflegediensten eingesetzt. Sie werden auf der einen Seite als deutliche Erleichterung der Arbeitsorganisation beschrieben, die weiter unten diskutiert wird. Aber die auf ihnen laufende Software kann so ausgestaltet werden, dass die Richtzeitvorgaben für die verschiedenen zu erbringenden Leistungen als kleinteilige, beinahe tayloristische Arbeitszergliederung wahrgenommen werden: *„Was natürlich insgesamt über die Jahre hinweg der Nachteil geworden ist, finde ich, das mit dem Zeitmodul. Das macht uns einfach Stress. Das heißt, wir haben wenig Zeit. Das überträgt sich dann natürlich auch auf die Klienten, die fordern manchmal mehr ein als wir Zeit haben. Manchmal passiert auch etwas, dann muss man eben länger bleiben, muss mehr machen. Das ist ganz normal in dem Job. (...). Das ist aber einfach dieses Zeitmodul. (...). Und vor allem, wenn ich immer unter Zeitdruck und Stress arbeite, wie soll das zufrieden machen?“.*

Während der Zeitdruck bei der Arbeit und die fehlende Möglichkeit der Bezugspflege eine große Rolle in den Gesprächen und Diskussionen spielten, wurde die physische Härte des Pflegeberufs nur ein einziges Mal von einer Pflegekraft erwähnt: *„Und es ist ein Knochenjob, das hat nichts mit Digitalisierung zu tun“*. Die geringe Betonung der körperlichen Härte des Pflegeberufs könnte darauf zurückzuführen sein, dass sich daran, anders als bei den zeitlichen Vorgaben, in den letzten Jahren nichts verändert hat.

Obwohl nur eine Einzelmeinung, wurde in einem Interview mit einer Leitungskraft ein für die digitale Transformation der Pflege sehr wichtiger Sachverhalt angesprochen: *„(...) also was ich einfach merke, und wir haben viele Mitarbeiter, die sehr lange im Beruf sind, und eben jetzt durch diese Geschwindigkeit in den Veränderungen und auch mit den Umwälzungen in den gewohnten (...) Routinen (...). Also, es ist schwierig, ich glaube, das ist eigentlich so ein wesentlicher Punkt, das so eine gewohnte Routine gar nicht entstehen kann, um den Mitarbeitern eine Sicherheit zu geben“*. Bei der digitalen Transformation der Pflege haben viele Pflegeanbieter trotz aller Fortschritte noch viel aufzuholen, wenn die Pflichtenbindung an die Telematikinfrastruktur für sie mit einem Mehrwert verbunden sein soll. Die Geschwindigkeit der Veränderungen wird wahrscheinlich noch deutlich zunehmen und dabei auch Arbeitsinhalte betreffen. Neben den technischen Herausforderungen werden sich für viele Pflegeanbieter auch Herausforderungen daraus ergeben, die Pflegekräfte bei diesem Wandel nicht nur mitzunehmen, sondern auch einzubinden. Genau Letzteres geschieht aber häufig nicht, vgl. hierzu die Diskussion von Forschungsfrage 7.

Insgesamt ist festzuhalten, dass der Einsatz digitaler Pflegetechnologien im Bereich der Arbeitsinhalte bei den von uns befragten Pflegeanbietern (noch) nicht zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen geführt hat. Eher scheint die Möglichkeit zur Erbringung guter Pflegeleistungen durch den ständigen Zeitdruck noch abgenommen zu haben. Das ist nicht unbedingt auf die digitalen Technologien selbst zurückzuführen, aber durchaus auf die Art, wie sie eingesetzt werden. So bedeutet es eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen, wenn z. B. die auf digitalen Tourenbegleitern installierte Software als tayloristisches Instrument der Arbeitsintensivierung wahrgenommen wird. Zeitgewinne, die etwa durch den Einsatz digitaler Tourenbegleiter ermöglicht werden, sollten vor dem Hintergrund der ohnehin schlechten Arbeitsbedingungen nicht oder zumindest nicht vorwiegend dazu genutzt werden, dass Pflegekräfte auf ihren Touren mehr Pflegeempfangende versorgen müssen. Und genau das ist bei einigen Pflegeanbietern

zu beobachten. Aus Wirtschaftlichkeitsgründen bleibt ihnen womöglich wenig anderes übrig, denn die Zeitvorgaben stammen von den Kostenträgern. Es wäre daher ratsam, wenn erzielte Zeitgewinne nicht zu einer Verkürzung der Vorgabezeiten für die Erbringung einzelner Pflegeleistungen führen und Pflegeanbieter zugleich verpflichtet würden, die Vorgabezeiten nicht zu unterschreiten, um pro Tour mehr Pflegeempfangende versorgen zu können. Anders lassen sich weder die Arbeitsbedingungen noch die Pflegequalität verbessern, ohne dass Pflegeanbietern dadurch ein finanzieller Nachteil entsteht.

F6: Welche Arbeitsbedingungen lassen sich zurzeit in Bezug auf die Arbeitsorganisation beobachten und in welchem Zusammenhang stehen sie zu bereits eingesetzten Pflegetechnologien?

Ein großes Potential des Einsatzes digitaler Pflegetechnologien aus dem Bereich der pflegedienst- bzw. -einrichtung-internen Informations- und Kommunikationstechnologien liegt sicherlich in der Ermöglichung einer effizienteren Arbeitsorganisation. Viele der in Kapitel 5 vorgestellten Pflegetechnologien zielen gerade darauf ab. Lässt man zunächst noch die Auswirkungen des Einsatzes bestimmter Technologien außer Acht und befragt Pflegekräfte allgemein nach den aktuellen arbeitsorganisatorischen Gegebenheiten, dann scheint sich auf den ersten Blick noch nicht viel verändert zu haben. Noch immer müssen Pflegekräfte zu unüblichen Arbeitszeiten arbeiten und das nicht vorhersehbare Einspringen für erkrankte oder aus sonstigen Gründen ausfallende Kolleg:innen ist keine Seltenheit: *„Das ist einfach die Arbeit. Wenn wir dann mal jemanden dabei haben, einen Praktikanten, oder jemand zum Schnuppern. Wenn der dann mal einen Einblick hatte in das Ganze. Dann natürlich die Arbeitszeiten, das flexible. Man kommt in die Arbeit und hat auf einmal einen ganz anderen Dienst. Lauter solche Sachen. Man muss wochenends und feiertags arbeiten. Das sind Sachen, die einfach abschrecken. Und dann sagen sie ‚für dieses Geld suche ich mir etwas anderes‘“*. Der allgemeine Personal-mangel hat zusätzlich zur Folge, dass die Erstellung verlässlicher Dienstpläne – mit oder ohne technische Unterstützung – schwierig bleibt: *„Wenn Lücken in Dienstplänen nicht abgedeckt sind gehe ich unbefriedigt nach Hause, wenn ich das nicht geschafft habe, weil ich weiß selbst, wie es ist, auf der Station herumzurrennen und unterbesetzt zu sein“*. Dass der Einsatz digitaler Pflegetechnologien hier noch keine größeren Verbesserungen der Arbeitsbedingungen ermöglicht hat, entspricht auch der Studienlage. Dennoch lassen sich auch aus Sicht der Pflegekräfte einzelne Verbesserungen identifizieren. So hat die digitale Tourenbegleitung offenbar auch größere Vorteile mit sich gebracht:

„Ich bin seit einem Monat hier und war vorher in einem Betrieb, da lief alles noch analog. Also, Zettel und mit Dokumappen. (...) das ist schon eine Erleichterung hier. Auch gerade für Neueinsteiger. Dass man eben im Handy alles drin hat in dieser App. (...). Ich kenne den Klienten nicht, okay. Navigation, komme ich hin. Wenn irgendetwas ist, habe die Kontakte von Arzt, Apotheke, Angehörigen, das ist super“. Auch der Einsatz digitaler Pflegeberichte und Pflegedokumentationen hat offenbar bereits eine Erleichterung der Arbeitsorganisation zur Folge gehabt: „Also ich finde es gut. Wenn man vor Ort ist, in diesem Haushalt und zum Beispiel telefonisch mit dem Arzt Kontakt aufnimmt aufgrund von Veränderungen, ist beispielsweise nachts gestürzt oder dem geht es schlecht, oder der Arzt ordnet zum Beispiel Insulinänderungen an. Dann kann ich das sofort eintragen und brauche nicht die Mappe. Dann kannst Du (...) zum Beispiel hineinschauen und dann siehst Du genau was war. Telefonat mit Arzt, was der gesagt hat, das kannst Du alles eintragen. Und dann brauchst du nicht alles in der Mappe haben“. Was allerdings auf Seiten der Pflegekräfte für Beschwerden sorgt, ist die (noch) oft mangelhafte Benutzerfreundlichkeit der auf den Handys oder Tablets laufenden Branchensoftware. Pflegekräfte haben vor allem das Gefühl, dass ihre praktischen Erfahrungen im Umgang mit der Software nicht zur Kenntnis genommen werden: „Grundsätzlich sollte diese ganze Software halt uns auch wirklich den Arbeitsalltag erleichtern, was es in vielen Bereichen schon tut. Aber dann kommen Updates, da denke ich mir, hat derjenige, der die Updates macht, kennt der sich aus mit der Arbeit? Und, wenn man da vielleicht mehr mit eingebunden wird, oder zumindest mal richtig ernst genommen wird, wenn Rückmeldungen kommen, dann wäre das schön. Weil, es ist ja gut. Die Digitalisierung kommt, es wird mehr, es wird bei uns auch mehr mit den Tablets und so weiter und so fort. Aber es sollte es halt nicht komplizierter machen. Wir haben echt schon Stress genug“.

Die Leitenden äußern sich ausgesprochen sparsam zur Arbeitsorganisation, soweit sie Schwierigkeiten der Mitarbeitenden betrifft, von denen oft eine hohe arbeitszeitliche Flexibilität verlangt wird. Kritisiert wird häufiger, dass eine effiziente Organisation der Arbeit durch viele unplanbare externe Ereignisse gestört wird: *„Also Arztvisiten sind nicht planbar, die Ärzte entscheiden immer mal, ja eigentlich gibt es einen festen Visitentag, dann kommen Sie aber doch an anderen Tagen, man muss sich immer irgendwie darauf einstellen, weil man ja doch auch Fragen zu klären hat“.*

Diese Probleme bei der pflegedienst- bzw. -einrichtungsübergreifenden Kommunikation, die bei der Diskussion von Forschungsfrage 8 näher in den Blick genommen werden, überdecken jedoch nicht die großen Fortschritte,

die Leitende bei der Organisation von Pflegeprozessen durch den Einsatz digitaler Informations- und Kommunikationstechnologien sehen. Der Technologieinsatz der Pflegeanbieter ist sehr heterogen, aber in allen Bereichen wird von Fortschritten berichtet. Das betrifft die digitale Wunddokumentation (*„Gestern ruft mich ein Angehöriger an, wie es denn mit der Wunde bei der Frau ist. Und digital dokumentiert war, die Wunde ist offen. Das war genau die Information, die er benötigt hat, um es an den Hausarzt weiterzugeben. Kann ich jetzt nachlesen, muss nicht den Mitarbeiter anrufen und fragen ‚hey, wie ist die Wunde‘, sondern ich lese es hier nach und gebe es dem Angehörigen direkt im selben Gespräch weiter“*), die digitale Dienstplanung und Arbeitszeiterfassung (*„2016 haben wir dann den Dienstplan digitalisiert und damit haben wir relativ lang gut gearbeitet. 2020 in etwa haben wir die Arbeitszeiterfassung und auch den digitalen Dienstplanzugriff von extern aus eingeführt, das war der große Schritt“*), digitale Patientenakten (*„Wir haben am Anfang noch Patientenakten gehabt, vor Ort, und die haben wir dann nach und nach umgesetzt in digitalisierte Akten, das war auch schon 2019/2020 der Fall. Ich habe ab Februar 2020 eine andere Software genutzt, die ich jetzt auch nutze, und die zielt genau darauf ab, dass man nur noch digital arbeitet“*), digitale Angebotserstellung (*„Wir machen auch die Aufnahme mit einem Tablet, wo wir dann die Leistungen auch schon direkt planen können und die Angebotspläne direkt den Klienten, den Angehörigen oder auch dem gesetzlichen Betreuer zeigen können. Wo auch gleich ersichtlich ist, was kommt an Eigenanteilen auf sie zu. Weil, das Pflegeversicherungssystem deckelt eben auch nur einen Grundteil und wenn eben ein höherer Hilfebedarf da ist, dann hat man eben auch einen Eigenanteil zu tragen und dadurch arbeiten wir effizienter“*) und natürlich die digitalen Tourenbegleiter (*„Ansonsten nehmen Sie die Schlüssel von den Klienten von denen wir einen Haustürschlüssel haben. Und nehmen das Handy. Auf dem Handy ist sozusagen die Tour gespeichert, die sie abfahren müssen an diesem Tag. Da sind die Klientendaten hinterlegt. Der Name, die Adresse, eben ihr Auftrag, was zu tun ist“*).

Leitende vermuten, dass auch die Pflegekräfte die Vorteile des Einsatzes digitaler Pflegetechnologien aus dem IKT-Bereich erkennen, sehen diese aber interessanterweise nicht darin, dass hierdurch auf Seiten der Pflegekräfte Zeitersparnisse zu erwarten sind: *„Und diese Chancen sehen schon auch unsere Mitarbeiter teilweise. Dass wir da dann schon einen besseren Zugriff haben. Zeitersparnis ist nicht einmal der Punkt und das wird auch keine große Zeitersparnis sein, weder in der Wunddokumentation noch im Berichtblatt noch in der Dienstplanung und -anamnese. Aber ein Stück weit hat man ein komfortableres Instrument“*. Diese Einschätzung deckt sich mit den Äußerungen der Pflegekräfte. Weder hat bislang der Zeitdruck nachgelassen (vgl. Forschungsfrage 5), noch

hat sich an den ungewöhnlichen Arbeitszeiten und dem häufigen Einspringen für fehlende Kollegen etwas geändert. Beinahe alles, was bislang an Effizienzreserven gehoben worden ist, scheint lediglich dazu geführt zu haben, dass Pflegekräfte in der gleichen Zeit mehr Leistungen abverlangt werden können. Haargenau das sollte aber nicht das einzige Ergebnis des Einsatzes digitaler Pflegetechnologien sein. Bislang gibt es für Pflegekräfte einige Vorteile bei der Beschaffung von Informationen und bei der Kommunikation. Bei ambulanten Pflegediensten könnte das tägliche Abfahren einer Route für die Pflegekräfte dank der digitalen Tourenbegleiter etwas weniger mit Stress verbunden sein. Allerdings auch nur dann, wenn sie nicht das Gefühl haben, nun unter dem ständigen Einfluss einer laufenden Stoppuhr zu stehen. Die Angaben der Leitenden lassen erkennen, dass die Effizienzzuwächse im Bereich der Arbeitsorganisation schon jetzt deutlich spürbar sind. Sollen durch den Einsatz digitaler Pflegetechnologien die Arbeitsbedingungen im Bereich der Arbeitsorganisation auch für die Pflegekräfte spürbar verbessert werden, dann ist allerdings noch einiges zu tun.

F7: Welche Arbeitsbedingungen lassen sich zurzeit in Bezug auf das interne Arbeitsumfeld beobachten und in welchem Zusammenhang stehen sie zu bereits eingesetzten Pflegetechnologien?

Digitale Pflegetechnologien haben nur begrenzten Einfluss auf die Führungskultur eines Pflegeanbieters. Aber die Führungskultur hat Einfluss darauf, wie Entscheidungen über die Anschaffung digitaler Technologien getroffen und in welcher Art und Weise sie eingeführt werden. Entscheidungen können Top-Down oder partizipativ getroffen werden. Selbst wenn Pflegekräfte nicht an Entscheidungen beteiligt werden, können sie frühzeitig über die Einführung von Pflegetechnologien informiert und der Sinn und Zweck der Einführung erläutert werden. Sowohl die Fokusgruppengespräche mit Pflegekräften als auch die Interviews mit Leitenden legen die Schlussfolgerung nahe, dass die Fachkompetenz von Pflegekräften regelmäßig nicht in den Entscheidungsprozess über die Anschaffung von Pflegetechnologien einbezogen wird und das Leitende vorwiegend die Auffassung vertreten, dass auch die Erklärung des Nutzens oder der Notwendigkeit der Einführung digitaler Technologien eher oberflächlich ausfallen kann.

Wenn man die Äußerungen der in den jeweiligen Fokusgruppengesprächen befragten Pflegekräfte miteinander vergleicht, scheint es beim Einführungsprozess von Pflegetechnologien zumindest graduelle Unterschiede zwischen Pflegeanbietern zu geben. In einer Fokusgruppe laufen die Äußerungen

durchgehend darauf hinaus, dass neue Technologien ohne große Erklärung eingeführt werden (*„Es wird in einem kleineren Kreis darüber gesprochen, (...) aber im Endeffekt wird es dann verkündet.“*; *„Aber vielleicht wäre es dann wichtig, auch einmal zu begründen, warum, weshalb, denn das passiert ja auch nicht. Also, wir stehen quasi dann da und wissen jetzt, okay, die Entscheidung ist getroffen, es wird so gemacht. Aber warum? Das wäre vielleicht dann mal ein Ansatz“*). Bei einem anderen Pflegeanbieter wird immerhin von Schulungsangeboten gesprochen, die anscheinend auch ihr Ziel erreicht haben: *„Dann wurden die eingeführt, dann hatten wir auch Schulungen, die auch immer wiederholt wurden, auch wenn wir mehrere neue Mitarbeiter hatten. (...). Klar haben wir alle vorher Panik geschoben, so wie das halt so ist mit Veränderungen“*. Es wäre in diesem Fall, trotz der ausreichenden Schulungsangebote, sicher kein Fehler gewesen, den Pflegekräften durch einen frühen und inklusiveren Einbezug in den Einführungsprozess schon vorab die „Panik“ zu nehmen.

Die Leitungskraft eines Pflegeanbieters gibt an, Mitarbeitende schon einbinden zu wollen, aber es gäbe zwischen Leitenden und Beschäftigten eine große Informationsasymmetrie: *„Das versuche ich. Also jetzt für unsere Einrichtung versuche ich das schon, das man auch strategisch mit den Mitarbeitern denkt. Wobei da natürlich wichtig ist, welche Informationen hat man denn tatsächlich, um auch strategisch entscheiden zu können. Das ist immer sehr schwierig“*. An dieser Informationsasymmetrie ließe sich auch nichts ändern, denn die Materie sei kompliziert: *„Aber da glaube ich, hängt es einfach davon ab, oder hängt es daran, dass die so die Tiefe, dass man das gar nicht so vermitteln kann. Ich meine, das merke ich ja selber auch. Da muss man ja regelmäßig irgendwie sich mit dem Thema beschäftigen und sehr intensiv beschäftigen und in vielen Sitzungen und so weiter und so fort. (...). Und wenn ich das den Mitarbeitern nur punktuell so kurz vermitteln kann, dann ist das auch eine ganz normale, logische Reaktion dann.“*. Auch bezüglich der Anbindung an die Telematikinfrastruktur wird dieser Vorgehensweise gefolgt und Mitarbeitende werden höchstens über das absolut Notwendige informiert, wie eine Leitungskraft ausführt: *„Also im Grunde genommen (...) ist es eigentlich gar nicht so, dass man jetzt im Vorfeld bei der TI-Einführung viel die Mitarbeiter hätte mitnehmen können, denke ich. Weil, man kann so ein bisschen erklären, worum es geht, aber es wirklich greifbar zu machen?“*. Bei einem anderen Pflegeanbieter wird angegeben, früher einmal Arbeitsgruppen mit Mitarbeitenden gebildet zu haben, um über die Einführung neuer Technologien zu reden. Dieses Vorgehen war aber eher informeller Natur: *„Also das ist nichts Institutionalisiertes an der Stelle“*. Zwar gäbe es Projekte, deren Konzeptionen aus der Pflegeeinrichtung selbst stammten, aber eher nicht auf Grundlage von Ideen der bereits länger beim Pflegean-

bieter beschäftigten Mitarbeitenden: *„Es gibt langfristige Projekte, die aus der Station heraus geboren werden. (Nachfrage des Moderators: Von Mitarbeitenden dann auch?) Von Mitarbeitenden, die aus anderen Einrichtungen kommen und neue Ideen mitbringen, von Führungskräften, von den oberen Führungskräften“*. Auch der/die Leitende eines weiteren befragten Pflegeanbieters ist sich gewiss, dass seine/ihre Expertise letztlich weit über jener der Mitarbeitenden angesiedelt ist, sodass man diese nicht vor zu große Herausforderungen stellen sollte: *„Die spannende Frage ist immer, was ist leicht umsetzbar und wie viel auf einmal verträgt der Mitarbeitende? Wenn ich alles umsetzen würde, was mir schon im Kopf vorschwebt, dann wäre das eine Menge. Dann wäre schlichtweg das System und auch die Mitarbeitenden schlichtweg überfordert“*. Auch in diesem Fall stellt sich die Frage, ob nicht ein frühzeitiger Einbezug der Mitarbeitenden in die Überlegungen der Leitungskraft dazu führen könnte, dass Überforderungen der Beschäftigten und/oder die diesbezüglichen Befürchtungen der Leitungskraft erst gar nicht entstehen.

Dass es durchaus auch anders gehen kann, zeigt der von einer Leitungskraft geschilderte Fall des Einbezugs von Mitarbeitenden in eine strategische Entscheidung, bei der es nicht um Pflegetechnologien geht, die aber ebenfalls einen Sachverhalt betrifft, bei dem eine Berücksichtigung der beruflichen Expertise der Pflegekräfte nicht unerheblich ist. Zwar fehlt beim geschilderten Fall die Mitarbeitendenperspektive, doch selbst wenn man hinter den völligen Wahrheitsgehalt der Ausführungen der Leitungskraft ein kleines Fragezeichen setzen kann, weist sie dennoch darauf hin, dass ein Einbezug der Mitarbeitendenperspektive bei unternehmerischen Entscheidungen nützlich sein kann: *„Also, wenn es um langfristige Entscheidungen geht...ich habe ja jetzt gerade einen Pflegedienst gekauft, der eine Palliativzulassung hat (...). Und da habe ich Anfang letzten Jahres diese Idee einfach mal in den Raum geworfen und habe mal nachgefragt, wie das denn wäre, wenn wir auch Palliativleistungen erbringen möchten, wo alle Mitarbeiter gesagt haben ‚das machen wir doch so oder so schon‘ (...). Von da hatte ich das „Go“ sozusagen auch von meinem Team, weil ich mag Entscheidungen nicht hier alleine treffen, ich finde da muss man...man muss gemeinschaftlich so eine Idee reinwerfen und anpacken.“*

Im Großen und Ganzen werden aber die Ergebnisse anderer Studien bestätigt. Obwohl immer wieder darauf hingewiesen wird, dass eine echte Mitarbeitendenbeteiligung bei der Einführung neuer Pflegetechnologien erhebliche Vorteile mit sich bringt, wird davon selten Gebrauch gemacht. Die Führungskultur in der Pflege scheint tatsächlich ausgesprochen hierarchisch

zu sein, was sowohl die Akzeptanz neuer Technologien seitens der Pflegekräfte als auch ihre effiziente Verwendung behindern kann. Eine Top-Down-Einführung verringert zudem die Wahrscheinlichkeit, dass neue Technologien tatsächlich dazu genutzt werden, die Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege zu verbessern. Denn wie sich diese verbessern lassen, wissen an erster Stelle die Pflegenden.

F8: Welche Arbeitsbedingungen lassen sich zurzeit in Bezug auf das externe Arbeitsumfeld beobachten und in welchem Zusammenhang stehen sie zu bereits eingesetzten Pflegetechnologien?

Zum externen Arbeitsumfeld der Pflege zählen die Gesellschaft bzw. die gesellschaftliche Anerkennung des Pflegeberufs, die Politik und insbesondere die Gesundheitspolitik mit ihrem großen Einfluss auf die Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege sowie andere Akteure des Gesundheitssystems, die mit Pflegeanbietern zusammenarbeiten. Andere Leistungserbringer des Gesundheitssystems werden bei der Diskussion von Forschungsfrage 10 genauer unter die Lupe genommen, sodass es im Folgenden ganz hauptsächlich um die wahrgenommene gesellschaftliche Anerkennung des Pflegeberufs und insbesondere um den Einfluss der Gesundheitspolitik auf die Langzeitpflege geht.

Zur gesellschaftlichen Anerkennung des Pflegeberufs äußerten sich Pflegekräfte eher nebenbei, da die Thematik in den Fokusgruppen nicht spezifisch angesprochen wurde. Dabei verbanden sie zwei Dinge: Ihre gefühlte nicht vorhandene gesellschaftliche Lobby und die daraus resultierende Ignoranz der Gesundheitspolitik gegenüber ihren Arbeitsbedingungen („Ja, und das finde ich ist der ganz wichtige Angelpunkt. Stellenwert in der Gesellschaft für uns. Unsere Lobby zu verbessern, ich finde, das ist das Allerwichtigste. Und, dass das nicht alles so leere Versprechungen bleiben.“; „Ja, das kommt alles von oben, was schlecht ist. Wir sind doch nur eine Miniameise da unten.“; „Ich finde immer noch, dass das, was uns versprochen wurde von den Politikern, das sind alles so Schaumblasen gewesen, die sie so aufgeschlagen haben. Da ist nichts mehr da, ja. Wir sind immer noch da unten der letzte Teppich, Putzlappen“). Danach gefragt, ob die zunehmende Digitalisierung daran etwas ändere, fällt die Antwort so negativ aus, wie es wohl zu erwarten war: „Wird dadurch unsere Lobby verbessert? (...) Unser Stand in der Gesellschaft?“. Interessanterweise geht es bei diesen Beschwerden nie um die Bezahlung von Pflegekräften. Dieses Thema wurde von Pflegekräften in diesem Zusammenhang überhaupt nicht ins Spiel ge-

bracht. Wie andere Studien gezeigt haben, rangiert die Bezahlung in den Präferenzordnungen der Pflegekräfte nicht weit oben, die sonstigen Arbeitsbedingungen sind ihnen viel wichtiger.

Leitende von Pflegeanbietern sprechen vereinzelt an, dass eine gleichberechtigte Stellung der Pflege unter den Gesundheitsakteuren ein bedeutender Fortschritt wäre: *„Das man die Pflege auch so ein bisschen als gleichberechtigt wahrnimmt und nicht nur als Befehlsempfänger oder Ausführende, das ist auch etwas, das ganz wichtig ist“*. Hauptsächlich ging es diesbezüglich wieder um die Frage, welche Kompetenzen Pflegefachkräfte besitzen sollten. Wie schon unter Forschungsfrage 4 ausgiebig diskutiert, unterschieden sich die Meinungen der Leitenden darin, ob mit einem Kompetenzzuwachs eine Aufwertung des Pflegeberufs verbunden wäre oder Pflegefachkräfte höchstens als Ausfallbürgen ärztliche Leistungen übernehmen dürften. Was den befragten Leitenden von Pflegeanbietern aber weit schwerer im Magen lag, waren gesundheitspolitische Entscheidungen. Insbesondere Fristsetzungen zur Durchführung verpflichtender Maßnahmen, die dann später – wie bei der Pflichtenbindung der Pflegeanbieter an die Telematikinfrastruktur – weiter in die Zukunft verschoben werden, sorgen bei vielen Pflegeanbietern entweder für Frust (*„Ich habe nie Einführungen im Gesundheitssystem erlebt, die anders verlaufen. Da war noch nie etwas, was beschlossen wurde, dass es in drei Jahren kommt und dann kam es in drei Jahren. Das kam erstens nie so und zweitens nie dann.“*; *„Also, es [Hinweis: die Verschiebung der TI-Einführung] hat auf jeden Fall – wahrscheinlich weniger bei den Mitarbeitenden, die nehmen das zur Kenntnis – bei uns als Leitungspersonen auf der oberen und mittleren Leitungsebene, hat es schon für Verunsicherung gesorgt, ganz klar. Und das ist jetzt nicht unsere Einzelmeinung, sondern wir sind ja auch mit den Geschäftsführern im Landkreis bzw. Landkreisen [örtlicher Landkreis] und [Nachbarlandkreis] gut vernetzt“*), oder für resigniertes Schulterzucken: *„Nee, deswegen, ich habe ja gar keine Erwartungshaltung, daher kann ich nicht frustriert sein. Die müsste ich ja haben“*. Unabhängig von der Reaktion, sind die Folgen der ständigen Terminverschiebungen gravierend. Zum einen sorgt die Unglaubwürdigkeit von Fristsetzungen dazu, dass Pflegeanbieter sie nicht ernst nehmen und die gesetzten Fristen ignorieren, sodass dem Gesetzgeber letztlich nichts anderes übrig bleibt, als Befristungen tatsächlich in die Zukunft zu verschieben: *„Es (Hinweis: die Verschiebung der TI-Pflichtenbindung) hat mich nicht überrascht, weil ich eigentlich schon da sehr, sehr gleichgültig geworden bin, was die Fristsetzungen von politischen Zielen so angeht, weil es gibt da immer wieder Zielsetzungen, die einfach nicht eingehalten werden und damit sinkt eben auch die Glaubwürdigkeit. Weil, das war ja nicht der Einzelfall mit der Telematik, das an-*

dere war ja genauso wie mit dem Beschäftigungsverzeichnis. Das verlief sich jetzt auch im Sande, das führt aber wiederum dazu, dass sich jeglichen Veränderungsprozessen ziemlich gleichgültig entgegengehe und sage „Ich mache erstmal gar nichts“. Zum anderen sorgen ständige Fristverschiebungen nicht dafür, dass das Vertrauen in die Sinnhaftigkeit des Gegenstandes der verpflichtenden Maßnahmen hoch ist – was in den Jahren zuvor bezüglich der TI auch schon bei anderen Akteuren des Gesundheitssystems zu beobachten war: *„Das ist einfach richtig verunsichernd und ist nicht gerade vertrauensbildend. (...) Wenn ein Prozess, der schon sehr viel Neues mit sich bringt, dann so unglücklich startet, das ist nicht unbedingt ein Vertrauensvorschuss dann“.* Hinzu kommt, dass sich Pflegeanbieter sehr schlecht informiert fühlen, wenn es mal wieder zu Planänderungen der Gesundheitspolitik kommt: *„Dieses hin und her, betrifft es uns nun, betrifft es uns nun nicht. Auch von unseren Trägerverbänden sind dann auch teilweise unterschiedliche Informationen kursiert. Der Softwareanbieter sagt das eine, der Trägerverband sagt etwas anderes. In zwei, drei Wochen ist es dann schon wieder umgekehrt“.* Zwar wird in diesem Zitat die Gesundheitspolitik nicht direkt für die schlechte Informationslage verantwortlich gemacht, es sollte jedoch eigentlich erst gar nicht so weit kommen, dass Pflegeanbieter ihre Informationen über Fristverschiebungen bei Softwareanbietern erfragen müssen. Ambulante Pflegedienste bewegt noch ein weiteres gesundheitspolitisches Thema. Sie haben das Gefühl, dass der stationären Pflege bei gesundheitspolitischen Entscheidungen ein zu hoher Stellenwert zukommt, zumal die ambulante der stationären Pflege, was die Zahl der versorgten Pflegeempfangenden betrifft, längst den Rang abgelaufen hat (*„Da gehören nicht nur die Trägerverbände, sondern aus meiner Sicht auch die Praktiker mit an den Tisch. Denn die müssen es nachher umsetzen. Dann muss man es so gestalten, dass es nachher umsetzbar ist. Und zwar nicht nur in der stationären Pflege, sondern auch in der ambulanten Pflege, in der manche Voraussetzungen eben doch wieder anders sind und wir oft das Gefühl haben, dass an den Tischen, an denen Entscheidungen getroffen werden, hauptsächlich Vertreter stationärer Träger sich versammeln“*; *„Und es ist in großen Diskussionen immer nur von Krankenhäusern und Pflegeheimen die Rede und ambulante Pflege oder die häusliche Pflegesituation, die wandert unter den Tisch. Obwohl das eigentlich eine viel größere Masse ausmacht als diese anderen Bereiche“*). Diese Kritik ist vor dem Hintergrund der Stoßrichtung digitaler Pflegetechnologien nicht ohne Belang. Viele Pflegetechnologien aus dem IKT-Bereich sind auf die Bedürfnisse ambulanter Pflegedienste zugeschnitten und können entsprechend vor allem dort zu Effizienzzuwächsen führen. Gleichzeitig liegt die ambulante Pflege hinsichtlich ihres Digitalisierungsgrades zum Teil deutlich hinter der stationären Pflege zurück, was unter anderem daran liegt, dass sie ihre Investitionskosten

nicht wie stationäre Pflegeeinrichtungen auf Pflegeempfangende umlegen und entsprechend nicht refinanzieren können.

Zusammenfassend hat sich das externe Arbeitsumfeld für Pflegekräfte nicht verbessert. Das war auch nicht zu erwarten, denn die gesellschaftliche Anerkennung des Pflegeberufs hat vermutlich noch wenig mit der Digitalisierung der Pflege zu tun und mangels Anbindung an die Telematikinfrastruktur konnten sich auch noch keine Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern des Gesundheitssystems ergeben. Von der Gesundheitspolitik hielten die von uns befragten Pflegekräfte nicht viel, obwohl es zum Befragungszeitpunkt bereits erhebliche Gehaltssteigerungen im Rahmen der Pflegestärkungsgesetze und des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes gegeben hatte. Pflegekräften scheint die Bezahlung tatsächlich weit weniger wichtig zu sein als die sonstigen Arbeitsbedingungen, und diesbezüglich fühlen sich Pflegekräfte ohne Lobby. Wie schon mehrfach erwähnt, ist es auch Aufgabe der Gesundheitspolitik, dass die Effizienzzuwächse, die durch eine digitale Transformation der Pflege erzielt werden können, auch zu besseren Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte führen. Wenn das für Pflegekräfte erkennbar der Fall ist, wird sich möglicherweise auch ihre negative Sichtweise auf die Gesundheitspolitik ändern. Die Leitenden der Pflegeanbieter beklagen vor allem die Unsicherheit politisch gesetzter Fristen oder sonstiger Ankündigungen. Sie fühlen sich schlecht informiert und – ähnlich wie die Pflegekräfte – nicht ganz ernst genommen. Das gilt vor allem für ambulante Pflegedienste. Diese haben bei der Digitalisierung noch sehr viel aufzuholen und es sollte Aufgabe einer vorausschauenden Gesundheitspolitik sein, die dazu notwendigen Rahmenbedingungen zu schaffen, anstatt fortgesetzt Erwartungen zu frustrieren.

8.4. Die Nutzung digitaler Pflegetechnologien in der Langzeitpflege

In der vorliegenden Studie werden digitale Pflegetechnologien nach vier Einsatzfeldern bzw. Funktionsbereichen unterschieden:

- 1. Interne Informations- und Kommunikationstechnologien (Interne IKT).** Dieser Funktionsbereich umfasst alle Digitalisierungstechnologien, die sich auf die pflegedienst- bzw. -einrichtungsinterne Erfassung, Kommunikation, Verarbeitung und Nutzung relevanter Informationen und Daten sowie auf die Vernetzung der internen Datenflüsse auswirken.

- 2. Externe Informations- und Kommunikationstechnologien (Externe IKT).** Dieser Funktionsbereich umfasst alle Digitalisierungstechnologien, die sich auf die pflegedienst- bzw. -einrichtungsübergreifende Erfassung, Kommunikation, Verarbeitung und Nutzung relevanter Informationen und Daten auswirken.
- 3. Technische Assistenzsysteme zur Unterstützung von Pflegekräften.** Dieser Funktionsbereich umfasst alle Digitalisierungstechnologien, die sich auf die Durchführung von Pflege- und Betreuungsleistungen auswirken, aber im Regelfall nicht mit anderen Digitalisierungstechnologien vernetzt sind, die der Erfassung, Kommunikation, Verarbeitung und Nutzung relevanter Informationen und Daten dienen.
- 4. Technische Assistenzsysteme zur Unterstützung von Pflegeempfangenden.** Dieser Funktionsbereich umfasst alle Digitalisierungstechnologien, die sich auf die Unterstützung der Lebensführung von Pflegeempfangenden auswirken, ohne dass hierzu der Einsatz von Pflegekräften notwendig wäre.

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

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

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

zung von Pflegeempfangenden“ bislang kaum von Pflegeanbietern eingesetzt werden. In der vorliegenden Studie wurde nach dem Einsatz von Robotik und AAL-Technologien in der Pflege sowie den Einstellungen zum Einsatz dieser Systeme gefragt. Einen sinnvollen Einsatz von Pflegerobotik können sich die befragten Pflegekräfte kaum vorstellen. Wenn überhaupt, dann wird ein Einsatz im Bereich pflegebegleitender Tätigkeiten für hilfreich gehalten: *„Also von diesen Paro-Geschichten, da halte ich nicht viel, muss ich ehrlich sagen. Aber so ein Service-Roboter, das kann ich mir gut vorstellen, da wäre ich auch gern bereit mal so etwas auszuprobieren hier im Haus. Wirklich aufs Essen verteilen, also so pflegefremde Tätigkeiten zu minimieren“*. Beim Transport von Nahrungsmitteln wird aber auch bereits die Grenze gezogen. Sobald es um direkten Kontakt mit zu pflegenden Personen geht, sollten Pflegeroboter nicht zum Einsatz kommen: *„Also das Essen bringen. So anfahren, könnte ich mich noch drauf einlassen, aber Essen reichen, nee“*. Dabei geht es nicht darum, dass Pflegekräfte die Befürchtung hätten, sie könnten durch Roboter ersetzt werden – was technologisch zurzeit auch noch nicht annähernd möglich ist. Sie lehnen Roboter, die tatsächliche Pflegeaufgaben übernehmen, deshalb ab, weil der menschliche Kontakt zu den Pflegeempfangenden ein wichtiger Teil der Pflegearbeit ist: *„Aber diese Roboter, die da durch die Gegend laufen und dann anfangen mit den Leuten zu sprechen. Also ich finde (...), da fehlt ja komplett die menschliche Beziehung. Ich persönlich fände das nicht gut. Gerade so, wenn ich an Demenzkranke denke (...). Könnte ich mich, glaube ich, nicht mit anfreunden“*. Leitende von Pflegeanbietern sehen das sehr ähnlich. Auch sie betonen, dass die persönliche Beziehung zu Pflegeempfangenden wichtig sei. Ein Roboter könne das nicht leisten: *„Dann fehlt da eben auch die Beziehungsqualität, dieses was die Menschen eigentlich ja auch brauchen, diese menschliche Wärme, die Kommunikation, die Mimik, die Gestik, der Gesichtsausdruck“*. Für pflegerische Tätigkeiten, die tatsächlich unterstützend wirken könnten, seien Roboter schon deshalb ungeeignet, weil sie die Reaktionen der Pflegeempfangenden nicht richtig deuten könnten, was zu schwerwiegenden Fehlern führen könne. Das wird von einer Leitungskraft am Beispiel eines (fiktiven) Roboters erläutert, der Mobilitätsübungen mit Pflegeempfangenden durchführt: *„Der Pflegeroboter macht bspw. immer die Arme hoch und sagt ‚Arme hoch und Arme runter‘ – und eine sitzt da mit einer Arthrose und hat entweder Schmerzen und kriegt den Arm vielleicht nicht hoch und macht das so hoch, dass sie vielleicht eine Fehlbewegung macht. Und der Roboter wird das gar nicht erkennen, dass dieser ältere Mensch diese Bewegungsübung völlig falsch macht und damit hat man natürlich weitere Gesundheitsprobleme (...)“*. Eine weitere Leitungskraft betont, dass das, was Pflegeroboter leisten könnten, völlig an den momentanen Problemen und Bedarfen der Pflege vorbeigehe. Viel

wichtiger sei es, die Kommunikation zu optimieren – im geschilderten Fall die Kommunikation mit anderen Leistungserbringern des Gesundheitssystems: *„Aber das, was die Pfleger als Hauptproblem sehen, das sind eigentlich diese Kommunikationsverluste. Also ich bin gerade in der Pflege, dann klingelt das Telefon. Nee, ich kann nicht ran gehen. (...). Also so dieses gedankliche Mitnehmen immer in den ‚ah, jetzt muss ich noch das und da muss ich noch anrufen, den habe ich nicht erreicht.‘ Also, das ist, glaube ich, etwas, das ein ganz wesentlicher Punkt ist, deswegen ist das für mich erstmal der Schwerpunkt“*. Tatsächlich setzte auch keiner der im Rahmen dieser Studie befragten Pflegeanbieter Pflegeroboter ein. Einschränkend muss aber darauf hingewiesen werden, dass nur eine stationäre Pflegeeinrichtung befragt wurde. Für ambulante Pflegedienste ist der Einsatz von Pflegerobotern ohnehin wenig sinnvoll.

AAL-Technologien werden positiver gesehen. Das gilt sowohl für AAL-Technologien, die Pflegekräfte unterstützen, als auch für AAL-Technologien in der Häuslichkeit der Pflegeempfangenden. Diese Technologien, z. B. Sensormatten, die bei Stürzen von Pflegeempfangenden ein Signal senden, werden von Pflegekräften aus dem stationären Bereich als potenziell sehr hilfreich bzw. entlastend eingeschätzt: *„Das ist natürlich praktisch. Also gerade nachts, wir sind ja nachts nur zu zweit im gesamten Haus. Und wenn man sich jetzt oben auf der Ebene 4 aufhält und jetzt unten auf der Null jemand ruft, das kriegt man dann erst recht spät mit. Je nachdem wie laut halt der Schrei ist, klar. Da wäre sowas natürlich praktisch“*. Gleiches gilt für Mobilisierungsbetten mit erweiterten Funktionen: *„Also, es gibt ja schon coole Sachen. Letztens habe ich gerade so ein Pflegebett gesehen, das sich komplett dreht, ja, das ist für die Mobilisation. Sowas finde ich praktisch, könnte ich mir gut vorstellen“*. Wichtig ist natürlich, dass die Technologien bereits ausgereift sind, was scheinbar nicht immer der Fall ist. Das wurde von einer Pflegekraft am Beispiel einer offenbar technisch nicht ausgereiften Sensormatte erläutert: *„Wir hatten die ganze Zeit nur so Klingelmatten, da war eine blaue Matte und darunter war so eine – über was lief das denn? (...) Auf jeden Fall hat die dann auch einen Klingelton von sich gegeben, aber das war so leise und das Teil hat halt auch eben angeschlagen, sobald da jemand drauf stand. Also es ist nichts passiert, sondern derjenige ist nur zur Toilette und dann hat das Teil angeschlagen. Dann ist man umsonst gerannt“*. Vielleicht sind die Zweifel an der technologischen Reife ein Grund dafür, dass der Einsatz von AAL-Technologien von Leitenden zum Teil noch skeptisch beurteilt wird: *„So auch dieses AAL, ja man kann viel machen (...). Ich denke man guckt erst einmal was ist tatsächlich umsetzbar, wie entwickelt man das weiter, was bringt dem Mitarbeiter was“*. Ambulante Pflegedienste sehen einen Nutzen von AAL-Technologien in der Wohnung von Pflegeempfangenden sowohl

dann, wenn sie als Unterstützung von zu pflegenden Personen eingesetzt werden, als auch für den Fall, dass über verschiedene Sensoren ein möglicher Notfall gemeldet wird: *„Aber was sehr gut wäre, es gibt sehr gute Systeme, die man auch in der Häuslichkeit einsetzt, und da finde ich das sehr gut, wenn man da so elektronische Unterstützung hätte, (...) z.B. Hausnotrufsysteme (...). Aber es gibt auch Systeme, die man hinterlegen kann an die Lichtschalter, dass regelmäßig das Licht aus- und angemacht wird, dass regelmäßig die Klospülung betätigt wird, dass regelmäßig vielleicht die Jalousien hoch und runter gemacht werden, elektronisch oder so. Und wenn dann eben das nicht mehr passiert, innerhalb eines Zeitfensters, wo es eigentlich passieren sollte, (...) genauso Wasserhahn an und aus, oder Kaffeekocher oder was auch immer, oder Kühlschrank, (...) wenn da Totenstille ist über einen gewissen Zeitraum, dann muss es ein Alarmsystem geben und da ist die computergestützte Geschichte absolut sinnvoll“*. Eingesetzt werden solche Systeme aber, mit Ausnahme des Notfallknopfs, in der Praxis nur ausgesprochen selten. Das gilt auch für die im Rahmen dieser Studie befragten ambulanten Pflegedienste.

Pflegetechnologien aus dem Bereich der internen Informations- und Kommunikationstechnologien wurden von allen im Rahmen der Studie befragten Pflegediensten routinemäßig eingesetzt. In allen ambulanten Pflegediensten arbeiteten die Pflegekräfte mit Handys oder Tablets, die als digitale Tourenbegleiter fungieren und zum Teil auch zusätzliche Funktionen besitzen. So ist die Möglichkeit einer digitalen Wunddokumentation häufig bereits integriert und zum Teil wurde auch bereits eine digitale Dokumentation genutzt. Im Bereich der sekundären Pflegeprozesse kam die Arbeitszeit- und Leistungserfassung bereits regelmäßig zum Einsatz, gleiches gilt für die digitale Dienst- und Tourenplanung. Digitale Patientenakten haben bei den befragten Pflegeanbietern schon seit längerer Zeit Papierakten abgelöst, obwohl letztere zum Teil noch ergänzend vorhanden sind. Diese Pflegetechnologien wurden in den letzten Jahren inkrementell eingeführt und weitere Digitalisierungsschritte sind geplant. Zum Teil werden auch Digitalisierungstechnologien eingesetzt, die unabhängig von der sonst üblichen Branchensoftware sind, z.B. ein hausinterner Messengerdienst: *„Dann haben wir jetzt eine interne Kommunikationslösung entwickelt, wo wir zum Beispiel, also wenn jetzt in der Verwaltung ein Arzt anruft ‚Er kommt nicht heute zur Visite‘, dann kann ich das auf dem Tablet schreiben und dann sehen die das just-in-time, sozusagen. Wie so ein Messenger, ein hausinterner. Was dann auch wieder verschwindet und das ist auch immer an, sodass alle Mitarbeiter sehen, was ändert sich heute. Ja, also Bewohner kommt aus dem Krankenhaus zurück oder solche Geschichten“*. Natürlich wird noch nicht alles eingesetzt, was möglich ist, wie

die eingesetzten Technologien eines beinahe durchgehend digitale Technologien nutzenden Pflegedienstes zeigen. Hier ist bereits eine digitale Angebotserstellung möglich, es existiert eine Angehörigen-App, Mitarbeitende können die Urlaubsplanung digital vernetzt mit der Dienstplanung durchführen und es existiert eine integrierte E-Learning-App, die Lernfortschritte dokumentiert. Der Einsatz der verschiedenen Technologien in sowohl primären als auch sekundären Prozessen der Pflege zeigt, dass bei den befragten Pflegeanbietern zum Teil auch bereits eine Integration der beiden Pflegeprozessebenen vorliegt. Der Einsatz digitaler Technologien wäre vermutlich noch weitgehender, wenn bei bestimmten Prozessen, etwa der digitalen Abrechnung mit Kostenträgern, nicht noch externe Hindernisse im Weg stehen würden – hierauf wird bei der Diskussion von Forschungsfrage 10 noch näher eingegangen.

Aus dem bereits relativ hohen Digitalisierungsgrad der befragten Einrichtungen könnte man schließen, dass Pflegeanbieter im Großen und Ganzen bereits über eine Basisinfrastruktur verfügen, die für eine mit einem Mehrwert verbundene Nutzung der Telematikinfrastruktur notwendig ist. Zwei Einschränkungen sind jedoch notwendig. Zum einen wurden in der vorliegenden Studie Pflegeanbieter ausgewählt, bei denen ein vergleichsweise großes Interesse an digitalen Pflegetechnologien angenommen werden kann; in einem Fall wurde ein Pflegedienst nur deshalb ausgewählt, weil er bereits einen ausgesprochen hohen Digitalisierungsgrad aufweist. Hinzu kommt, dass im Rahmen dieser Studie keine kleinen oder sehr kleinen Pflegeanbieter befragt wurden. Die befragten Pflegeanbieter dürften daher im Vergleich zu allen deutschen Pflegeanbietern einen überdurchschnittlichen Digitalisierungsgrad aufweisen. Zum anderen ist die Vernetzung der primären und sekundären Pflegeprozesse eine notwendige, aber noch keine hinreichende Bedingung für das Vorhandensein einer Basisinfrastruktur. Die hinreichende Bedingung für das Vorliegen einer Basisinfrastruktur ist, dass die verschiedenen digitalisierten Pflegeprozesse nicht nur hier und da miteinander vernetzt sind, sondern dass alle relevanten Prozesse mit dem Primärsystem eines Pflegeanbieters als Schnittstelle zur Telematikinfrastruktur vernetzt sind.

Ob eine solche Basisinfrastruktur bei den befragten Pflegeanbietern bereits durchgehend vorliegt, ist jedenfalls fraglich. Dafür gibt es hauptsächlich zwei Gründe. Den ersten Grund könnte man den „Nachteil der inkrementellen Einführung von digitalen Pflegetechnologien“ nennen. Die Digitalisierung hat für viele Pflegeanbieter schon vor vielen Jahren mit der Anschaffung von Verwaltungs- und Buchhaltungssoftware begonnen. Diese Systeme

funktionieren sicherlich noch sehr gut und die Mitarbeitenden beherrschen ihre Anwendung bis ins kleinste Detail. Sie sind aber oft veraltet und daher nicht mit den später angeschafften Informations- und Kommunikationstechnologien bzw. den von diesen verwendeten Branchensoftwarelösungen kompatibel. Da sie Kern der Verwaltung eines Pflegedienstes oder einer Pflegeeinrichtung sind, sind sie aber im Grunde das Primärsystem eines Pflegeanbieters, mit dem zum einen alle relevanten digitalen Technologien vernetzbar sein sollten und zum anderen die Anbindung an die Telematikinfrastruktur möglich sein muss. Es mag nicht sehr wettbewerbsfreundlich sein, aber Pflegeanbieter sind, wenn sie alle relevanten digitalen Technologien miteinander und mit der Telematikinfrastruktur vernetzen wollen, weitestgehend darauf angewiesen, das Komplettangebot eines Entwicklers von Branchensoftware zu nutzen. Vor diesem Problem standen auch andere Leistungserbringer des Gesundheitssystems, nur hatten sie für eine digitale Auf- und Umrüstung sehr viel mehr Zeit als Pflegeanbieter, weil die Entwicklung der Telematikinfrastruktur einen ungeplant langen Zeitraum in Anspruch genommen hat. Und selbst mit der langen Vorlaufzeit waren z. B. 2022 erst 43 Prozent der Arztpraxen „voll TI-Ready“, d. h. sie hatten zu diesem Zeitpunkt wenigstens eine Anwendung der Telematikinfrastruktur installiert.³⁶³ Es war daher zum Befragungszeitpunkt absehbar, dass sich für Pflegeanbieter bis zum Pflichtanschluss an die TI noch ungeahnte Probleme ergeben werden, wobei einige der befragten Pflegeanbieter diese Probleme durchaus erkannten: *„Wo wir im Bereich der Digitalisierung eine große Schnittstelle haben, ist der Bereich Leistungsabrechnung hin zu unserer Finanzbuchhaltung. Denn das ist ein separates System. Diese Übernahme der Abrechnungen in unser FiBu-Netz-System, das ist ein Punkt, bei dem wir eine große Schnittstelle haben“*. Der zweite Grund ist, dass das Finden eines guten Komplettanbieters nicht einfach ist, denn der Markt für Pflege-Branchensoftware ist zum einen sehr intransparent, zum anderen sind die Geschäftsmodelle der Anbieter von Branchensoftware zumeist darauf ausgelegt, statt einer teuren Komplettlösung zunächst Leistungsmodule, die einzelne Pflegeprozesse digitalisieren, Schritt für Schritt zu verkaufen bzw. zu lizenzieren. Der inkrementelle Erwerb von Modulen muss für Pflegeanbieter kein Nachteil sein, kann aber auch dazu führen, mit Modulen von Anbietern ausgestattet zu sein, die später Schwierigkeiten haben, eine gute Komplettlösung zu entwickeln. Genau das wird von einigen der befragten Pflegeanbieter berichtet (*„Naja, letzten Endes müssen die auch schauen, dass die das umsetzen, was nachher vorgegeben ist und ein Stück weit waren die jetzt auch in einer Reaktionsposition, mussten reagieren, hat-*

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

ten die Vorgabe 01.01. ist Start, hatten aber nicht mal die Schnittstelle. Das heißt, die waren auch irgendwo in einem luftleeren Raum und in der Schwebel, da sind dann wir auf die Firma zugegangen und haben gesagt, wir würden gerne. Aber die sagen, ja wir können auch noch nicht, wir haben die Infos auch noch nicht.“; „Die große Problematik sehe ich schon für kleinere Anbieter für Softwaresysteme in der Pflege. Der könnte sich ganz schwer tun. Weil das dann alles zu leisten, was da so kommt fast unmöglich ist in meinen Augen. Wie ich gerade sagte, es ist ja auch ein Unding, dass man sagt, man will das so und so machen und die Firmen müssen die Schnittstellen ja programmieren und wissen noch gar nicht, was da kommt, was sie überhaupt programmieren sollen.“). Die Leitungskraft eines Pflegeanbieters gibt anderen Mitstreitern daher den Rat, die Softwarefrage ganz oben auf die Agenda zu setzen: „Wenn ich jetzt Unternehmensberater wäre und würde einen neu gegründeten Pflegedienst begleiten, dann würde ich sagen ‚Investiert von vorneherein in eine gute Software, die weitaus teurer ist‘ (...). Mit [Name einer Software], ich weiß nicht, 20.000, 30.000 Euro muss man da schon hinblättern“. Ob der Preis für das Komplettangebot einer Branchensoftware tatsächlich so hoch sein muss, konnte in dieser Studie nicht geklärt werden. Es war aber bereits zu diesem Zeitpunkt klar erkennbar, dass Pflegeanbieter, deren Digitalisierungsgrad unter dem der von uns befragten, relativ digitalisierungsaffinen Pflegeanbieter liegt, noch mit hohen Investitionskosten rechnen müssen, wenn sie die Anbindung an die Telematikinfrastruktur (a) bis zum 1. Juli 2025 unter Dach und Fach bringen und sie (b) die TI-Anbindung auch gewinnbringend nutzen wollen.

F10: Lässt sich auch bereits ohne Anschluss an die Telematikinfrastruktur eine externe Vernetzung mit anderen Leistungserbringern des Gesundheitssystems identifizieren und woran scheitert eine solche Vernetzung gegebenenfalls?

Die befragten Pflegeanbieter stehen mit einer großen Zahl anderer Akteure des Gesundheitssystems und Kostenträgern in Kontakt. Die genannten Kontakte reichen von 50 bis über 100. Die Kontaktzahl zu verschiedenen Kostenträgern wird nochmals dadurch erhöht, dass einige von Ihnen Abrechnungsdienstleister nutzen. Mit wie vielen Akteuren ein ambulanter Pflegedienst zu tun hat, erläutert eine Leitungskraft: „Mit Pflegebedürftigen, mit Vernetzungsstrukturen für die ärztliche Versorgung, d. h. ich hab da auch einen sehr engen Kontakt zu den Arztpraxen aufgebaut, zur Apotheke, zu den ganzen therapeutischen Einheiten hier in [Ortsangabe] wie Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie (...). Wir haben gesetzliche Betreuer, wir haben Sozialdienste, wir haben unterschiedliche Apotheken mit denen wir arbeiten, wir haben unterschiedliche Thera-

peuten mit denen wir arbeiten, unterschiedliche Arztpraxen natürlich, je nachdem, wo die Patienten angedockt sind. Also das kommt schon auf eine relativ hohe Anzahl, wo wir echt uns, wo wir eigentlich die einzigen sind, die gut vernetzen können, weil wir das auch müssen. Wir kriegen oft Patienten aus dem Krankenhaus, die entlassen werden, die keine gute Vernetzung haben und keinen guten Start haben und von daher ist es wichtig das wir dann alles aufbauen, wie zum Beispiel auch Fußpflege zuhause, der Friseur zuhause. Dann haben viele Probleme die Gardinen abzuhängen, Fenster zu putzen, da vermitteln wir auch“. Zwar werden nicht alle genannten Institutionen und Personengruppen an die Telematikinfrastruktur angebunden, es zeigt sich jedoch, welche Erleichterungen der Kommunikation und des Informationsaustauschs erreicht werden können, wenn wenigstens mit Gesundheitsdienstleistern und Kostenträgern/Abrechnungsdiensten papierlos über die TI kommuniziert werden kann.

Manche Pflegeanbieter haben bereits vor dem TI-Anschluss eigene Wege der digitalen Kommunikation entwickelt. So berichtete die Leitungskraft eines Pflegedienstes davon, dass ein örtliches Start-Up-Unternehmen im Auftrag des Pflegeanbieters eine App entwickelt hatte, die eine digitale Kommunikation mit der größten örtlichen Arztpraxis ermöglichte. Das Problem war allerdings, dass es neben gutem Willen auch Personal braucht, das die App tatsächlich nutzt. Das war nach Aussage der Pflegekräfte nach einiger Zeit nicht mehr gegeben: *„Also der ursprüngliche Gedanke bei diesem Tablet, dass wir zur Kommunikation mit Praxis [Arztpraxis im Ort] hatten, da hätte ursprünglich auch der Apotheker mit eingebunden werden können. Das wäre eine saubere Sache gewesen, wenn immer auf das Tablet geschaut worden wäre. Auch in der Arztpraxis, da hat es gehapert. (...) Mit der Besetzung in der Arztpraxis, die haben ja nicht drauf geschaut oder (...) ja. Aber von der Idee her, war das nicht schlecht.“* Der betroffene Pflegeanbieter wartet nun ungeduldig auf eine Vernetzung über die TI. Es besteht offenbar ein großer Bedarf nach einer solchen Lösung: *„Weil ich einfach auch weiß, dass hier in [Ort] und Umgebung, dass eben viele Ärzte eigentlich schon angeschlossen sind. Wir haben jetzt drei Arztpraxen, die sich daran beteiligen, die eigentlich nur darauf warten, dass wir es auch machen. Dann eine Apotheke ist dabei, (...), es sind eigentlich alle Ärzte mit dabei und die Fortführung mit unserer [hausinternen App] oder der [externe Kommunikations-App], die halt nur so eine Zwischenlösung sein konnte.“*

Dass Pflegeanbieter große Hoffnungen auf die TI-Anbindung setzen, liegt aber nicht nur an der Zahl ihrer Kontakte. Ein weiterer und noch entscheidender Grund ist, dass die jetzigen Informations- und Kommunikationswege hochgradig ineffizient sind und Pflegeanbietern und Pflegekräften

Zeit und Nerven kosten. Pflegekräfte schildern auffallend häufig, dass es bereits schwierig ist, mit Ärzten und Ärztinnen überhaupt persönlich Kontakt aufzunehmen. Dabei geht es nicht nur um einige Stunden, Kontaktversuche können sich über Tage hinziehen: *„Heute ist Donnerstag, am Montag hat das Ganze angefangen, dass wir bei drei Bewohnern wichtige Sachen abzuklären hatten. Und das hat jetzt heute erst im Endeffekt geklappt, das abzuklären. Und das ist dann halt einfach frustrierend, weil das halt einfach Zeit ist, die für uns verloren geht, obwohl die Sache eigentlich schon sehr viel schneller hätte geklärt werden können. (...) Und das ist dann auch auf allen Wegen. Wir versuchen es dann über das Telefon, über Fax, (...). Ja und dann gehen halt Tage ins Land, wo nichts erreicht wurde, außer Zeit verloren“*. Wenn Arztpraxen überhaupt noch telefonisch erreichbar sind, landen Pflegekräfte in endlosen Warteschleifen: *„Also beim Arzt ist oft Warteschleife, da muss man manchmal fünf, sechs Mal anrufen, wenn das reicht. Und dann ist man hier [in der zentralen Station] und denkt, ich rufe nachher an. Dann ist 12:15 Uhr und die Praxis hat geschlossen, oder man geht heim und hat es vergessen“*. Andere Arztpraxen sind telefonisch überhaupt nicht mehr zu erreichen, sodass eine Kontaktierung nur über Fax möglich ist: *„Wir können nicht einfach mehr beim Arzt anrufen und eine Verordnung bestellen, das machen nur noch ganz wenige. Die meisten wollen eigentlich Fax (...)“*. Oder Arztpraxen nutzen einen Chatbot, der aber offenbar selten zu einer erfolgreichen Kommunikation beiträgt: *„Du kannst den Arzt ja fast gar nicht mehr informieren. Die digitalisieren sich auch, Du hast jetzt ein [Name eines Programmes], eine Computerstimme, der Du das alles erzählen kannst, von der man eh nie Rückmeldung bekommt“*. Ein anderes Problem sind Hausbesuche. Pflegekräfte schildern, dass diese früher üblich waren und Verlass darauf war, dass sie wie angekündigt stattfinden. Das sei nun nicht mehr so: *„Also die Ärzte haben früher auch immer Hausbesuche gemacht, alle zwei Wochen zur Visite. Die haben dann gesagt, nächste Woche kann ich nicht, übernächste Woche dann wieder. Dann haben wir das schon eingetragen im Berichtblatt, Arztvisite dann. Die kommen heute ja gar nicht mehr ins Haus. Wenn etwas ist, muss man den Krankenwagen rufen“*. Dass fehlende Hausbesuche zu unnötigen Krankenhauseinweisungen beitragen können, wird mehrfach geschildert: *„Ich habe das jetzt gerade bei einer älteren Frau mitbekommen. Sie bekommt einmal im Quartal einen Hausbesuch. Jetzt wollte ich den anfordern, weil es ihr nicht gut geht. ‚Nee, das können wir nicht machen‘. Das muss man sich mal vorstellen. Also entweder ins Krankenhaus oder sie bekommt blind irgendwelche Tabletten.“*

Die Leitenden der Pflegeanbieter sehen die Situation zwar etwas differenzierter (*„Das ist unterschiedlich. Es gibt Arztpraxen, da läuft das gut. Und es gibt*

Arztpraxen, da haben Sie echte Probleme.“), ganz überwiegend wird aber auch von ihnen die teilweise schlechte Kommunikation mit Arztpraxen kritisiert: „Also gerade mit den Ärzten, das fände ich elementar wichtig, dass man mit denen schnell kommunizieren kann und nicht stundenlang warten muss im Wartezimmer, bis man überhaupt dran kommt, ob man jetzt die Verordnung bekommt, am Telefon in der Schleife hängt. Das ist manchmal wirklich eine Zumutung. Also so viel Zeit zu investieren“. Die Gründe für die Kommunikationsprobleme werden zum Teil bei den Ärztinnen und Ärzten festgemacht, denen es an Motivation fehle, zu einer besseren Kommunikation mit Pflegeanbietern beizutragen, sei es, weil sie bald in den Ruhestand gehen („Und bei den Ärzten habe ich so das Gefühl, bei dem einen oder anderen (...) die dann lieber sagen, das versuche ich jetzt noch so lange auszusetzen bis ich in Rente bin, bis ich nicht mehr zuständig bin.“), sei es, weil Ärztinnen und Ärzte ihre persönlichen Interessen über die anderer Leistungserbringer stellen: „Wir haben teilweise Ärzte, da haben wir Probleme, die können wir nicht mehr mit Mail kontaktieren, müssen sie alles faxen, oder telefonisch. Da haben sie ja schon da die Probleme. Da müssten andere Verbände noch mehr an ihre Mitglieder rangehen und sagen und klarmachen, was das bringt und was für ein Nutzen das hat. Vielleicht ist das ja auch das große Problem, weil der Arzt nicht den großen Nutzen für sich sieht. Und den Nutzen, den vielleicht die nachfolgenden Stellen haben vielleicht nicht als priorisierend für sich einschätzt“. Wiederholt wird die Schuld für die schlechte Kommunikation aber auch beim Personal der Arztpraxen vermutet: „(...) weil wir sind ja an vielen Stellen der verlängerte Arm des Arztes und sind aber auf der anderen Seite auf Gedeih und Verderb auf die Qualität der Sprechstundenhilfe angewiesen. Ich sage jetzt mal, da ist ja noch jemand dazwischengeschaltet zwischen Arzt und uns und Patient“. Manchmal ist auch nicht klar, an welcher Stelle ein Stocken der Kommunikation zu verorten ist. Mehrfach wird geschildert, dass (womöglich) ausgestellte Rezepte im Limbus zwischen Arztpraxis und Apotheke landen: „Ein Klassiker war ‚Wo liegt das Rezept‘, ja. Wir fordern ein Rezept an, die Arztpraxis sagt, ja wir haben doch eines ausgestellt. Apotheke hat es nicht. Das heißt, man telefoniert dann herum: ‚Wo liegt denn das Rezept?‘ Man verliert immens viel Zeit, ist frustriert, ist ärgerlich (...).“ Das Ergebnis des Experimentes eines Pflegedienstes, der bereits an die Telematikinfrastruktur angeschlossen ist, zeigt übergreifend, dass – wo auch immer im Einzelfall die Ursache zu suchen ist – selbst eine Kommunikation zwischen Pflegeanbietern und Arztpraxen über die TI-Anwendung „Kommunikation im Medizinwesen“ bzw. KIM von Ärzten (noch) abgelehnt wird: „Und ich habe jetzt gerade den einen aus der Verwaltung beauftragt, der macht jetzt ein Fax fertig und schickt jetzt an alle Arztpraxen, ob die eine KIM-Adresse haben, ob die mit Fax weiterhin noch arbeiten möchten, oder ob sie per E-Mail verschlüsselt arbeiten möchten. Aber, wir

haben das...diese Anfrage haben wir Anfang letzten Jahres schon gemacht, weil da war ich auch schon so auf dem Trichter, wir fragen mal nach, welche überhaupt so...und da haben wir echt zu 99 Prozent, nee, eigentlich zu 100 Prozent...da war keiner dabei, der gesagt hat ‚Jawoll, wir machen jetzt auch mit KIM und so‘. Immer Kreuz: Weiter Fax“.

Die Zusammenarbeit mit Krankenhäusern wird weit seltener kritisiert. Hierzu äußerten sich nur die befragten Pflegekräfte und zusammenfassend lassen sich die Beziehungen zu Krankenhäusern als „mal so, mal so“ zusammenfassen: *„Ich denke, die haben ein besseres Entlassungsmanagement im einen oder anderen Krankenhaus. Wir haben letztes ein Beispiel, ich weiß jetzt nicht mehr, wer das war. Der kam mit dem Medikamentenvorrat für ganze sechs Tage. (...). Was für uns ja superpraktisch ist, weil bis wir alles organisiert haben, Hausarzt, Apotheke, trallala, da können schon ein paar Tage verstreichen. Aber wir haben auch andere, die Bewohner geschickt haben, mit Medikamenten gerade mal für den restlichen Tag“.* Eine andere Pflegekraft schildert die Zusammenarbeit ähnlich: *„Ich wollte gerade sagen, es kommt auf das Krankenhaus drauf an. Es gibt Krankenhäuser, wenn wir Rückfragen haben, gerade Verlegungen, die erreichen wir quasi nie, da ist es so ähnlich wie bei unserer Hausarztpraxis. Und dann gibt es Krankenhäuser, da funktioniert die Kommunikation, also die erreichen wir besser“.* Möglicherweise liegt es an der im Vergleich zu Arztpraxen selteneren Kontakthäufigkeit zu Krankenhäusern, dass das Thema weniger Aufmerksamkeit erfährt. Möglicherweise funktioniert die Zusammenarbeit der Pflegeanbieter mit Krankenhäusern aber auch im Großen und Ganzen etwas besser als mit Arztpraxen.

Für mehr Kritik der Leitenden der Pflegeanbieter sorgt die Zusammenarbeit mit den Kostenträgern. Ein genereller und oft wiederholter Kritikpunkt betrifft die Leistungsabrechnung. Vieles wäre heute bereits digital möglich, aber die Kostenträger werden als schwerwiegender Bremser des digitalen Fortschritts wahrgenommen. Eine Leitungskraft schildert das am Beispiel von Verordnungen: *„In der Kommunikation mit den verschiedenen Institutionen des Gesundheitswesens zum einen und gerade so Dinge wie das Verordnungswesen, was dann digitalisiert werden sollte. Das könnte schon längststens gemacht sein, das ist auch so ein Beispiel. Softwareseitig sind schon seit Jahren die Voraussetzungen da, dass man die Verordnungen elektronisch an die Kassen übermittelt. Aber die Kassen sind halt, zumindest in [Bundesland], dafür nicht bereit“.* Ein anderes geschildertes Beispiel einer Leitungskraft betrifft die digitalen Leistungsnachweise. Viele Kostenträger akzeptieren keine digitalen Unterschriften, d.h. Leistungsnachweise müssen, obwohl digital erstellt, ausgedruckt und

von Hand unterschrieben werden und dann in Papierform an die Kostenträger verschickt werden: *„Also, ich erhoffe mir noch mehr Digitalisierungsprozesse, das ist im Moment so, dass von unserer Seite da nichts entgegen steht, aber die Kostenträger da irgendwie nicht hinterherkommen. Es ist z. B. so, wir arbeiten schon mit digitalen Leistungsnachweisen, d. h. die Unterschriften werden elektronisch sicher erfasst auf dem Smartphone und der Leistungsnachweis ist entsprechend in digitaler, unterschriebener Form... steht zur Verfügung, und die Kostenträger erwarten, dass dieser digital unterschriebene Leistungsnachweis mit der Rechnung und mit dem Datenträgerbegleitzettel ausgedruckt wird. D. h. ich habe jeden Monat zwei große Papierstapel, mit 500 Blatt, was ich an die Kassen schicke“.* Was die Situation noch etwas absurder macht, ist die Tatsache, dass einige Kostenträger digitale Unterschriften durchaus anerkennen: *„Die Krankenkassen (...) habe ich das Gefühl, da kocht auch jeder so sein eigenes Süppchen. Das sind manchmal auch wie so heilige Kühe, die man nicht schlachten möchte. (...) Der eine hat überhaupt kein Problem damit alles digital zu erhalten und man muss kein Papier mehr nachschicken und andere wollen es digital, aber es ist ganz wichtig, dass das Papier noch hinterher kommt. Da sage ich, da weiß ich ja gar nicht, was das soll. Und dann irgendwann ein Papier wieder eingelesen und geschreddert wird. Da sage ich, dann hätte ich es auch nicht schicken müssen, weil digital war es ja eh schon da. Also manchmal nicht nachvollziehbar, was da die Hintergründe sind, weshalb die Dinge so gemacht werden“.* Diese Situation wird noch dadurch komplizierter, dass es sehr viele Kostenträger mit zum Teil noch vorgeschalteten Abrechnungsdienstleistern gibt, sodass Pflegeanbieter zum Monatsende zumeist große Mengen an Post verschicken müssen, obwohl die Leistungsabrechnung bereits digital erfolgt ist: *„Und wir haben ja nicht nur einen Patienten und eine Kasse, sondern wir haben im Schnitt 40 Kassen oder so. Und dann haben wir 40 Häufchen, mit Abrechnungsdienstleistern, mit unterschiedlichen Leistungen, mit unterschiedlichen Patienten, dann immer Rechnung und Leistungsnachweis, das haben wir immer schön zu sortiert. Wahnsinn. Ich habe dafür eine Mitarbeiterin eingestellt, weil ich irgendwann durchgedreht bin bei diesem ganzen Krempel, das alles so zu sortieren“.*

Die große Zahl an Mängeln, die im Bereich der externen Information und Kommunikation von Leitenden und Pflegekräften geschildert wird, macht deutlich, welch erhebliche Zeit- und Ressourcenersparnisse mit der Anbindung aller Pflegeanbieter an die Telematikinfrastruktur verbunden wären. Und in den Gesprächen ging es noch nicht einmal um die gleichzeitige Möglichkeit, die Pflegequalität durch eine bessere Vernetzung aller am Pflegeprozess Beteiligten auf ein ganz anderes Niveau zu heben. Damit es dazu kommt, wird es aber notwendig sein, dass Pflegeanbieter tatsächlich aktive

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

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

Die Telematikinfrastruktur verspricht eine Transformation hin zu einer digitalen Gesundheitsökonomie, in dem die bislang zumeist analog vernetzten Akteure im digitalen Raum kommunizieren und interagieren können. Doch trotz dieser vielversprechenden Aussichten stehen der umfassenden Implementierung digitaler Lösungen noch Hindernisse im Weg. Die Ursache einiger Hindernisse liegt in der aktuell meist analogen Vernetzung mit anderen Leistungserbringern des Gesundheitssystems, wodurch ein Übergang erschwert wird. In unseren Interviews und Fokusgruppenbefragungen hat sich das Beharren auf analogen Kommunikationswegen, insbesondere durch Kostenträger und Arztpraxen, als ein großer Hemmschuh dargestellt. Die Nutzung des Telefons als synchrones Kommunikationsmittel führt beispielsweise bei den Pflegekräften und ihren Führungskräften nicht nur zu Zeitverlusten, sondern auch zu erhöhter Frustration. Zum Teil ist nicht einmal eine Telefonkommunikation möglich, sondern es muss das Faxgerät genutzt oder mit Chatbots kommuniziert werden.

Grundsätzlich zeigt sich, dass das bestehende analoge Netzwerk zwischen den verschiedenen Akteur:innen des Gesundheitswesens auch die erwarteten Effekte der Digitalisierung im Allgemeinen und der Telematikinfrastruktur im Speziellen beeinflusst. So beschreibt eine Leitungskraft ihre Erwartungshaltung an die TI wie folgt: *„Ich denke, dadurch dass die Ärzte hier nicht so weit sind, ist der Druck nicht so da, ganz schnell etwas machen zu müssen oder da ganz vorne dabei sein zu müssen. Das mag im Raum [Landeshauptstadt] deutlich präsenter sein“*. Aber nicht nur die Bereitschaft der Ärztinnen und Ärzte zur digitalen Kommunikation ist zu nennen, auch die Kostenträger bevorzugen mehrheitlich aktuell noch analoge Kommunikationswege – oder bisweilen sogar analoge und digitale Kommunikationswege zugleich. Hier kommt erschwerend hinzu, dass die Kostenträger den Abrechnungsvorgang zum Teil an Abrechnungszentren delegiert haben, mit denen eine Kommunikation nochmals schwieriger zu sein scheint: *„Die [Krankenkassen] haben*

die Zentren eingerichtet, also die Abrechnungszentren, da erreicht man niemand mehr“. Diese zwischengeschaltete Institution bedeutet insbesondere bei Unstimmigkeiten zusätzlichen Kommunikationsaufwand zwischen drei Akteuren und erhöht besonders bei fehlenden direkten Kontaktmöglichkeiten und Ansprechpersonen die Komplexität für alle Beteiligten.

Neben den vielfältigen Problemlagen der Kommunikation mit verschiedenen anderen Akteuren des Gesundheitswesens, die bereits im analogen Raum bestehen, zeigt sich in den verschiedenen Interviews eine hohe Unzufriedenheit mit den politischen Rahmenbedingungen. Wie bereits diskutiert worden ist, führt es vor allem bei Leitungskräften zu Frustration, dass (Gesetzes-)Änderungen im Gesundheitssystem selten innerhalb der vorgesehenen Fristen umgesetzt werden. Insgesamt erscheinen den Befragten die Zielvorgaben, die die Ministerien bzw. die Politik im Bereich Digitalisierung vorgeben, oft als unrealistisch. Konsequenterweise nehmen die Befragten diese Rahmenbedingungen nur bedingt ernst und passen ihr Verhalten dahingehend an. Das führt insgesamt zu einer lose-lose Situation. Hierbei war die eigentlich für den 01.01.2024 vorgesehene Pflichtanbindung an die TI ein sehr gutes Beispiel. Aufgrund der Unsicherheit darüber, ob der Pflichtanbindungstermin diesmal tatsächlich eingehalten werden muss, entschieden sich die allermeisten Pflegedienste und -einrichtungen im ersten Schritt nicht zu einem frühzeitigen Anschluss an die TI. Je näher die ursprüngliche Einführungsfrist kam und je weniger Einrichtungen angeschlossen waren, desto unwahrscheinlicher wurde es, dass die Softwareanbieter und Hardwarehersteller bis Fristende noch alle Anfragen bedienen konnten. Dies wiederum erhöhte den Druck auf die Politik, die Frist nun tatsächlich zu verschieben.

Zu dieser Problemlage kommen weitere, mittelbare Herausforderungen für Pflegeanbieter hinzu, die zum Teil durch die Veränderung politischer Rahmenbedingungen initiiert wurden. Insbesondere in den vergangenen drei Jahren führten die steigenden Energiepreise sowie die Einführung der umgangssprachlich als Tariftreuegesetz bezeichneten Regelung zu signifikanten Kostenerhöhungen, die in weiten Teilen nur unzureichend durch höhere Abrechnungssätze kompensiert wurden. Hinzu kommen die durch den Personalmangel verursachten Schwierigkeiten vieler Pflegeanbieter, nachgefragte Leistungen erbringen zu können, was zusätzliche Umsatzverluste verursacht. Die aus diesen Gründen ausgesprochen angespannte Finanzsituation vieler Pflegedienste und -einrichtungen erschwert oder verunmöglicht zusätzliche Investitionen in die digitale Infrastruktur.

Und gerade hier gibt es ein weiteres Problem: Durch die fehlende Gleichzeitigkeit bei der Einführung digitaler Lösungsmöglichkeiten im Pflegebereich bzw. aufgrund des schrittweisen Rollouts verschiedener digitaler (Insel-)Lösungen ist eine Vernetzung aller Systeme und insbesondere eine Vernetzung mit dem Primärsystem der Pflegeanbieter häufig nicht möglich. Eine Zusammenführung der verschiedenen digitalen Prozesse im Sinne eines vollständig integrierten Systems ist oft nur dann möglich, wenn hohe Investitionskosten geschultert werden können. Zudem verursacht eine solche digitale Aufrüstung einen hohen organisatorischen Aufwand, der bei laufendem Betrieb und geringen Personalressourcen kaum zu leisten ist. Das gilt insbesondere für Pflegeanbieter, die schon lange am Markt sind und im Laufe der Jahre verschiedene Systeme elektronischer Datenverarbeitung eingeführt haben, die mittlerweile nicht mehr dem neuesten Stand entsprechen. Dieser Umstand wird von der Leitungskraft eines relativ neu gegründeten Pflegedienstes wie folgt geschildert: *„Ich habe z.B. mit einer [Pflegefachkraft] einen Austausch, die hat 25-jähriges dieses Jahr, und (...) die sagte: ‚Das ist wahnsinnig schwierig, wenn man schon so lange am Markt ist, die Prozesse schnell zu verändern‘.“* Unabhängig hiervon gibt es insbesondere in ländlichen Regionen kleine Pflegedienste, deren Digitalisierungsgrad (sehr) gering ist. Da mit kleinen Pflegeanbietern im Rahmen dieser Studie leider nur informelle Erstgespräche und keine strukturierten Leitfadeninterviews und Fokusgruppenbefragungen geführt werden konnten, kann an dieser Stelle nur auf dieses Problem hingewiesen werden.

Vor diesem Hintergrund ist es beinahe überraschend, dass die digitale Bereitschaft der in dieser Studie befragten Pflegeanbieter über weite Teile hinweg hoch ausgeprägt ist. Sie teilen die nicht selten vorherrschende Skepsis anderer Leistungserbringer:innen des Gesundheitssystems gegenüber der Telematikinfrastruktur nicht. Einen besonders erwähnenswerten Vorteil der digitalen Vernetzung durch die TI, insbesondere durch die elektronische Patientenakte, sieht eine Leitungskraft bei der Zusammenarbeit mit Rettungsdiensten: *„Wir haben immer wieder ein Schnittstellenproblem, vor allem mit Rettungseinsätzen. Das ist tatsächlich ein Problem, wenn ein Rettungsdienst vor Ort ist, braucht der natürlich alle Angaben. (Er) muss wissen, was kriegt der aktuell für Medikamente, was hat der für aktuelle Diagnosen, der muss gewisse Dinge halt einfach abfragen können und das wäre absolut gewinnbringend, wenn es z. B. auch schon eine elektronische Gesundheitsakte gibt.“* Die elektronische Patientenakte könnte in diesem Zusammenhang nicht nur Informationen zu medizinischen Vorerkrankungen beinhalten, sondern auch eine gegebenenfalls vorliegende Patientenverfügung. Andere Leitungskräfte erhoffen sich von der

elektronischen Patientenakte vor allem einen deutlich verbesserten Informationsstand über die gesundheitliche Situation der von ihnen versorgten Pflegeempfangenden und darüber auch mehr Sicherheit bei der Durchführung von Pflegeprozessen: *„Für mich ist die Hoffnung, wenn man die TI ausbaut, bessere Transparenz, auch mit den ganzen Institutionen, die damit beschäftigt sind. Man sieht es ja schön am Medikamentenplan. Ist das jetzt der aktuelle, der dort gerade liegt? Oder ist das ein falscher? Hat irgendjemand den neuen weggeworfen? Wo bekomme ich denn den jetzt schnell her? Und wenn ich halt in die elektronische Patientenakte reinschauen kann, und sagen kann, ‚so, was steht denn da drin‘, dann ist da das aktuelle drinnen und dann kann ich mir das anschauen und weiß Bescheid. Also erwarte ich mir mehr Sicherheit, mehr Transparenz. Auch in diesem Bereich schnellere Handlungsfähigkeit“.* Mehr Patientensicherheit steht für viele Pflegeanbieter weit oben auf der Agenda und die elektronische Patientenakte wird dabei als Schlüsseltechnologie gesehen, z. B. auch hinsichtlich einer erhöhten Sicherheit bei der Medikation von Pflegeempfangenden: *„Auch würde ich mir wünschen, dass die elektronische Patientenakte schneller kommt. Ja, dass man mit seinen eigenen Daten da auch Zugriff hat, dass man das auch sehen kann und dass auch die Ärzte, nicht ‚der eine verschreibt die Tablette, der nächste die Tablette‘ und die wirken gegeneinander und die wissen das gar nicht voneinander. Also, das kann man manchmal gar nicht (...) begreifen, wie das überhaupt zustande kommt, so etwas“.*

Auch das sich die Kommunikation mit den Kostenträgern durch die Anbindung an die TI verbessert, ist eine bei Leitenden sehr ausgeprägte Hoffnung: *„Und wenn ich mir natürlich auch was wünschen würde, dann wäre das, dass das auch deutlich ausgebaut wird. Also wir starten zwar jetzt erst mit der KIM und dass das dann eben vielleicht auch mit Krankenkassen, dass man sagt, okay mit der Pflegegraderhöhung, dass man Anträge schneller stellen kann oder auch weiß, wo liegt's denn eigentlich? Diese Unsicherheit, wo ist denn eigentlich der Bearbeitungsstand. Dass man da vielleicht auch mal schnellere Rückmeldung bekommt und dann ist man auch entspannter, wenn man weiß, es läuft“.* Andere Leitungskräfte hoffen, dass sich das Medikamentenmanagement und insbesondere das hochgradig ineffiziente Verordnungsmanagement durch den TI-Anschluss erheblich einfacher gestalten werden: *„Also gerade das ganze Verordnungsmanagement, was bei uns natürlich (...) sehr viel Zeit frisst, nicht nur bei den Fachkräften, sondern eben auch in der Verwaltung. Das wäre deutlich vereinfacht. Also das muss man schon sagen. Medikamentenmanagement wäre auch deutlich vereinfacht, in dem Moment, in dem Sie nicht mehr über ein Fax, also ein analoges Gerät, läuft, sondern sicher digital übertragen wird. Und eben alles viel schneller, viel einfacher“.*

An oberster Stelle der Hoffnungen steht aber eine bessere Kommunikation und ein verbesserter Informationsaustausch mit Arztpraxen und anderen Gesundheitsakteuren: „Ja, also ich denke, dass die TI diese Nebentätigkeiten, diese Reibungsverluste nenne ich es mal, minimieren wird. Und zwar von beiden Seiten, also auch in der Arztpraxis. Um sich auch besser zu verstehen und ich denke, dass da auch die Reibungsverluste, gerade was telefonieren, was Faxe angeht, (...) gerade so ein Beispiel, Fax soll ja eigentlich gut funktionieren, aber jetzt ist zum Beispiel in der Arztpraxis, da geht nur jedes siebte Fax durch. Also, das funktioniert gar nicht und keiner weiß warum. Da erhoffe ich schon, dass das deutlich weniger wird und dadurch auch geringere Frustration“. Dabei geht es aber nicht nur um erleichterte Kommunikationswege. Die Hoffnung ist auch, dass sich die Kooperation mit anderen Gesundheitsleistungserbringern verbessert: „Dann wäre es natürlich auch so, dass man, ja ich denke schon, dass auch die TI oder die Digitalisierung auch so ein bisschen dafür sorgt, dass einfach auch so dieses Gefälle zwischen den einzelnen Akteuren, dass sich das vielleicht so ein bisschen ausgleicht. Das man die Pflege auch so ein bisschen als gleichberechtigt wahrnimmt und nicht nur als Befehlsempfänger oder Ausführende, das ist auch etwas, das ganz wichtig ist.“ Manche Leitende denken bereits etwas weiter und ziehen auch Anwendungen der TI ins Kalkül, die zurzeit noch nicht verfügbar sind, aber künftig die Arbeit von Pflegeanbietern erleichtern könnten: „(...) das wäre natürlich die allerschönste Geschichte, dass wir dann relativ schnell sagen können ‚oh, da bin ich gerade etwas überfordert‘, aber ich kann ja über KIM oder so den Arzt erreichen und kann vielleicht sogar über Televisite sagen ‚schauen Sie sich das mal an, da bin ich mir unsicher, was machen wir da‘. Natürlich, das sind alles Ausbaustufen, aber wenn wir nicht anfangen, dann kommen wir nicht zur Ausbaustufe“. Während zum Teil Zweifel daran geäußert werden, ob Arztpraxen tatsächlich zu einer besseren Zusammenarbeit mit Pflegeanbietern bereit sein werden („Und da wird noch viel Wasser den Fluss hinunter fließen, bis das passiert.“), macht eine Leitungskraft einen ebenso simplen wie zielführenden Vorschlag: „Wenn ich eine Arztpraxis hätte, die sich weigert und sagt ‚Ich will das aber nicht‘, mit allen anderen mache ich das über KIM, und es gibt nur eine Arztpraxis, wo ich faxen muss, dann muss ich mir dann am Faxgerät einen Zettel binhängen: ‚Bitte mit dieser Arztpraxis nur per Fax‘. Schwachsinnig. Wenn, muss man sagen ‚Alle müssen mitziehen‘, fertig“.

Pflegekräfte äußern sich nur sehr zurückhaltend zur TI-Anbindung der Pflegedienste und -einrichtungen. Für sie handelt es sich zum jetzigen Zeitpunkt nur um einen weiteren Digitalisierungsschritt. Wie bei der Diskussion von Forschungsfrage 7 herausgearbeitet worden ist, werden Pflegekräfte im Regelfall auch nicht über die potenziellen Vorteile einer TI-Anbindung infor-

miert. Es ist bedauerlich, dass dieses Thema bei vielen Pflegeanbietern reine Chefsache zu sein scheint. Denn gerade für Pflegekräfte kann die Anbindung an die TI mit einer großen Erleichterung der Arbeitsorganisation und Zeitgewinnen verbunden sein. Hinzu kommt, dass die Verbesserungen bei der Kommunikation und dem Informationsaustausch mit anderen Leistungserbringern des Gesundheitssystems die Pflegequalität erheblich verbessern kann und vor allem Pflegefachkräften eine direktere Kommunikation mit anderen Gesundheitsakteuren ermöglicht – wenn diese dabei mitziehen.

In der Gesamtbetrachtung zeigen sich alle befragten Pflegeanbieter hinsichtlich einer künftigen Anbindung an die Telematikinfrastuktur hochgradig aufgeschlossen. Die Befragungen haben gezeigt, dass Leitende von Pflegediensten und -einrichtungen nicht nur große Hoffnungen mit der Teilnahme an der digitalen Gesundheitsökonomie verbinden, sie erwiesen sich auch als fachlich gut informiert über die damit verbundenen Möglichkeiten. Ob sie auch technisch bereits vollständig für eine nutzenbringende TI-Anbindung gerüstet sind, war jedenfalls zum Befragungszeitpunkt zum Teil ungewiss. Wenn es das gesundheitspolitische Ziel ist, dass Pflegeanbieter ab 2025 gewinnbringend die TI nutzen, sollten sich verantwortliche Entscheidungsträger bewusst sein, welche Investitionen sie zum Teil noch stemmen müssen. Die großen Hoffnungen der Pflegeanbieter sollten nicht (erneut) enttäuscht werden, denn nur dann werden Pflegeanbieter von Beginn an bereit sein, in die digitale Gesundheitsökonomie einzusteigen. Last but not least wird eine erfolgreiche TI-Nutzung in den nächsten Jahren auch erfordern, dass andere Leistungserbringer des Gesundheitssystems sowie Kostenträger zu einer kooperativen Zusammenarbeit mit Pflegeanbietern bereit sind. Denn nur dann können alle in dieser Studie hervorgehobenen Ziele zur gleichen Zeit erreicht werden: Eine effizientere Leistungserbringung der Pflegeanbieter, Verbesserungen der Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte – vor allem in den Bereichen Arbeitsorganisation und externes Arbeitsumfeld, und eine Erhöhung der Pflegequalität.

8.5. Hinderungsfaktoren für den Einsatz digitaler Pflegetechnologien in der Langzeitpflege

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

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

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

- 1. Die digitale Bereitschaft und die digitalen Fähigkeiten des Personals von Pflegeanbietern,** Digitalisierungstechnologien nutzenbringend zu verwenden.
- 2. Die Kosten digitaler Pflegetechnologien,** d.h. die Anschaffungs- und Betriebskosten sowie die Schulungskosten für das Personal.
- 3. Die Größe von Pflegediensten und -einrichtungen.** Für kleinere Pflegeanbieter könnte zum einen die Nutzung von Digitalisierungstechnologien in Bereichen wie Personalwesen oder Dienstplanerstellung aufgrund einer geringen Komplexität und/oder eines geringen Aufwandes einer nicht digitalen Vorgehensweise weniger wichtig sein. Zum anderen verfügen kleine Pflegeanbieter im Regelfall nicht über die gleichen finanziellen Möglichkeiten zur Anschaffung von Digitalisierungstechnologien wie größere Anbieter. Auch eine Freistellung von Pflegekräften für Schulungen kann schwieriger zu organisieren sein.

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

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

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

dienste und -einrichtungen bereits im Einsatz. Vor diesem Hintergrund scheint die Einführung digitaler Pflegetechnologien zumeist nicht zu einer Überforderung der Pflegekräfte zu führen. Bei den befragten Pflegenden zeigt sich dann auch ein größtenteils positives Bild in Bezug auf ihre digitale Bereitschaft und ihre digitalen Fähigkeiten. Nur sehr vereinzelt gäbe es Pflegekräfte, die vor größere Probleme gestellt werden. Diese seien häufig darauf zurückzuführen, dass die betreffenden Pflegenden auch in ihrer Freizeit nur sehr wenige digitale Technologien nutzen: *„Wir haben natürlich noch den einen oder anderen Mitarbeiter, der doch das letzte Kästchen [Hinweis: Bei einer vorab gestellten Frage zum Alter die höchste Alterskategorie] nehmen müsste. Die auch Zuhause mit digital gar nichts am Hut haben. Die haben in der Tat ein großes Problem damit. Da mussten wir sogar kleine Lehrstunden machen, wie man überhaupt eine E-Mail schreibt“*. Dabei handelt es sich aus Sicht der Pflegekräfte aber um Ausnahmefälle. Kolleg:innen mit Problemen würde aber auch gern geholfen, sodass in den Pflegediensten und -einrichtungen ein „Learning-by-doing“ stattfinde: *„Gerade bei Sachen in der Dokumentation, die nicht alltäglich sind, wie eine Wunddokumentation anlegen – es haben nicht alle Bewohner immer Wunden – und dann hat man es vielleicht nur einmal gemacht und dann hat man es vergessen, wie das so richtig abläuft. Da holt man dann doch eine Kollegin dazu einfach, die da vielleicht etwas fitter ist“*. Insbesondere in Verbindung mit einer guten Schulung und genügend Einarbeitungszeit sei der Umgang mit digitalen Technologien aber regelmäßig kein Problem, wobei einige Pflegekräfte zu erkennen gaben, dass eine Schulung nicht immer stattfindet: *„Also eine richtige Schulung wäre nicht schlecht. Wir werden aber nicht alle dahin kriegen. Aber wenn gerade, die die selber digital relativ fit sind, auch hier eine Schulung erhalten würden für die neue Software oder was es auch dann gibt, dass die das dementsprechend auch weitergeben können eins zu eins auf Station“*. Wie schon an anderer Stelle erwähnt, ist für Pflegekräfte nicht „die Digitalisierung“ der Pflege das Hauptproblem, sondern einige Nebeneffekte, die durchaus vermeidbar wären. So verstärkte sich durch die zunehmende Digitalisierung das mit der zeitlichen Taktung der Pflegearbeit verbundene Gefühl des ständigen Drucks, bloß nicht unwirtschaftlich zu arbeiten. Problematisch sind insofern nicht die digitalen Technologien per se und erst recht nicht die damit verbundenen Kommunikations- und Informationserleichterungen, sondern das durch sie vermittelte Gefühl, dass ständig „die Stoppuhr“ läuft, sodass die Arbeitsintensität weiter verstärkt wird. Ein anderes Problem, das ebenfalls bereits beschrieben worden ist, betrifft die zum Teil noch nicht völlig ausgereifte Benutzerfreundlichkeit der auf Handys und Tablets laufenden Software. Auch hier ist nicht die Digitalisierung das Problem, sondern es sind neben den Kinderkrankheiten der Software die

nicht vorhandenen Partizipationsmöglichkeiten von Pflegekräften bei der Einführung und Weiterentwicklung digitaler Pflegetechnologien.

Auch aus Sicht der Leitenden der Pflegeanbieter gibt es nur relativ wenige Pflegekräfte, die mit digitalen Pflegetechnologien überhaupt nicht zurechtkommen und ihren Dienst quittieren. Ansonsten werden eher graduelle Abstufungen der digitalen Bereitschaft und Fähigkeiten der Pflegekräfte vermutet. Eine geringere Bereitschaft bzw. geringere Fähigkeiten werden zum Teil am Alter festgemacht (*„Ich glaube, dass viele Pflegedienste, die halt schon lange am Markt sind, viele ältere Mitarbeiter haben, die man schwieriger ins Boot bekommt.“*), zum Teil aber auch am vom Alter unabhängigen Ausmaß des privaten Umgangs mit Digitalisierungstechnologien (*„Was man halt auch sieht ist, dass – je nachdem – und das würde ich nicht am Alter festmachen, je nachdem wie beschäftige ich mich privat mit digitalen Medien und dementsprechend bin ich der Digitalisierung weniger oder mehr aufgeschlossen gegenüber. Das merkt man ganz deutlich. Da sind auch manche Ältere dabei, die sagen ‚endlich kommt das‘, die Zuhause auch schon viel mit digitalen Medien unterwegs sind und es gibt auch Jüngere, die dem eher verschlossen sind und damit gar nichts anfangen können.“*). Auch eine lange Berufserfahrung könne nach Ansicht einiger Leitender dazu führen, Neuerungen gegenüber skeptisch zu sein: *„Aber wie gesagt, es gibt ja in der ambulanten Pflege einen großen Block Lebenserfahrung. Da ist es dann nicht immer so, dass sie das schon so gelernt haben. Jetzt wird nochmal was weggenommen“*. Zum Teil wird aber auch vermutet, dass Pflegefachkräften die direkte Hilfeleistung für die Pflegeempfangenden wichtiger ist als die organisatorische, dokumentarische oder planerische Arbeit an digitalen Endgeräten: *„Ich denke, das ist gemischt hier, diese Zukunftsprognose wie sich der Arbeitsalltag verändert. Da gibt es wahrscheinlich ganz unterschiedliche Wahrnehmungen und Gedanken. Manche sagen ‚ja okay, dann bin ich nicht mehr so viel beim Patienten, kann ich mir mehr über Pflegeprozesse und Pflegeplanung Gedanken machen‘. Das gefällt dem einen, bei den meisten ist es aber schon so, dass sie sagen: ‚Ich bin das geworden, Pflegefachkraft, weil ich bei den Leuten sein will und ihnen helfen will und nicht mich im Büro oder mit der Planung beschäftigen will“*.

Ausgenommen von wenigen Pflegekräften, die Pflegeanbieter wegen des Einsatzes digitaler Pflegetechnologien verlassen, scheinen anfängliche Probleme mit diesen Technologien aber überwindbar zu sein. Leitende schildern verschiedene Wege, die zu einer gelungenen Einführung digitaler Technologien führen. Das sind an erster Stelle Schulungen: *„Ja, also hinsichtlich der mobilen Datenerfassung, die wir machen bzw. mit den Mobilgeräten, da haben*

wir laufend Schulungen angeboten. Auch in kleineren Gruppen, dass sie halt da auch sicherer werden im Umgang mit ihrem Handwerkszeug. [Frage des Moderators: Und diese Schulungen, wurden die schon bevor es eingeführt wurde gemacht?] Immer für neue Mitarbeiter dann. Und damals, als es eingeführt wurde, selbstverständlich in einem größeren Bereich. Da kam auch von der Firma jemand, der die Schulung gemacht hat. Aber inzwischen machen wir das in-house, unsere leitende Pflegekraft, die hat das jetzt immer gemacht. Und da konnten die auch individuelle Fragen stellen und hatten die Ängste dann nicht mehr“. Die im aufgeführten Zitat genannte Schulung „in-house“ bzw. Einarbeitung durch (leitende) Mitarbeitende wird häufiger als Weg geschildert, noch vorhandene Probleme mit digitalen Technologien zu überwinden: „Ich habe gesagt: ‚Dann werden wir die Einarbeitung auch so gestalten, dass man das hinbekommt.‘ Weil, die... das ist Learning-by-doing, man muss sich damit befassen, man muss sich da ganz entspannt hinsetzen, und der Einarbeitungsprozess wird genauso angepasst, dass jeder die Möglichkeit hat, das zu lernen. Und wenn man Fehler macht, ist das überhaupt kein Problem. Das ist bei uns auch so eine Kultur, dass wir dann nicht gleich irgendwie sagen ‚also, das war aber falsch und das‘, sondern das ist ein Lernprozess“. Ein dritter geschilderter Weg, der geeignet ist, Befürchtungen bezüglich digitaler Technologien abzubauen, ist die simple Erläuterung, mit welchen Vorteilen der Technologieinsatz verbunden sein kann: „Ja gut, da hängt es eben davon ab das wir, das ich eben vermitteln kann. Was ist denn euer Nutzen davon. Ja, also und dann kommen wir dann wieder zur TI. Dass das natürlich deutlich einfacher zu vermitteln ist auch wenn da natürlich Bedenken entstehen oder erstmal Unsicherheiten noch sind, was bringt das denn oder was ist es jetzt eigentlich?“. Erklärung und Vermittlung ist sicher dann besonders angebracht, wenn ganz reale Befürchtungen im Zusammenhang mit dem Einsatz digitaler Technologien bestehen. Dass die Möglichkeit, die Tätigkeiten der Pflegekräfte sehr granular zu überwachen, beim Einsatz digitaler Leistungs- und Arbeitszeiterfassungssysteme deutlich zunimmt, ist ein Faktum. Hier sollten Pflegeanbieter in jedem Fall mit den Mitarbeitenden eine Übereinkunft treffen, wofür die Systeme eingesetzt und die gesammelten Daten verwendet werden dürfen. Das geschieht auch zum Teil: „Bei der mobilen Datenerfassung war das bei uns ein Riesenthema: ‚Wir werden überwacht‘. (...). Das wurde dann tatsächlich auch behandelt. Das muss man dann auch klar darstellen und sagen, was ist es und warum wird es gemacht. Und was wird nicht gemacht. Und Arbeitszeiten werden natürlich erfasst, auch die Leistungszeiten werden erfasst. Aber es dient dazu, die Leistung abzurechnen und nicht um die Mitarbeitenden zu überwachen. Das haben wir aber schon in den Mittelpunkt gestellt, dass das nicht so ist“.

Gelingt die Schulung und Einarbeitung und werden Pflegekräften Ängste und Bedenken genommen, wird ihr Zugang zum Einsatz digitaler Technologien von Leitenden der Pflegeanbieter ganz überwiegend positiv geschildert. Das gilt für bereits eingeführte Technologien (*„Also, wenn die Dinge mal eingeführt sind, dann sehen sie es auf jeden Fall größtenteils positiv. Die Mitarbeitenden an der Basis und die im Büro auf jeden Fall. Das sehen wir jetzt gerade.“*; *„Wobei die meisten Mitarbeiter sind wirklich begeistert über ihre Geräte. Weil die sagen, das ist für uns natürlich eine Wahnsinnshilfe.“*) und es gilt auch für künftige Einführungsprojekte (*„Und das ist auch etwas, womit ich den Mitarbeitern auch ganz, um auf die Frage von vorhin zurückzukommen, dann die Mitarbeiter mitmachen, also zum Beispiel, wenn die aus der Pflegedokumentation eben eine E-Mail schicken können oder einen Pflegebericht schicken können oder sowas direkt an die Arztpraxis und die können kommunizieren. Das ist natürlich etwas, was die Pfleger, worauf die sich sehr freuen.“*; *„Aber das sagen sie ja alle, warum können wir nicht mit dem Doktor schreiben, warum können wir das nicht machen? Warum muss das alles so kompliziert sein? Also, die haben ja schon von sich aus den Wunsch, mehr kommunizieren zu können. Also, so habe ich es jedenfalls verstanden.“*). Vermutet wird auch, dass jüngere Jahrgänge mit Pflegetechnologien noch weniger Probleme haben werden, weil sie mit digitalen Technologien aufgewachsen sind: *„Gerade, wenn ich mir die Mitarbeiter anschau, die jetzt kommen, ja, die Generation die jetzt kommt, ich denke, da brauche ich nicht mit handschriftlichen Sachen kommen oder irgendwie so“*.

Dass eine zu geringe digitale Bereitschaft der Pflegekräfte ein Hindernis für die Einführung digitaler Pflegetechnologien sein könnte, lässt sich zumindest auf Grundlage der in dieser Studie erzielten Ergebnisse nicht bestätigen. Das gilt im übertragenden Sinn auch für die Anbindung an die Telematikinfrastruktur. Selbstverständlich kommt nicht jeder bzw. jede Pflegenden gleich gut mit digitalen Technologien zurecht und wie bei allen Neuerungen entstehen zum Teil auch Ängste. Über Schulungen, Erläuterungen, Vermittlung und einen zeitlich nicht zu knapp bemessenen Einführungszeitraum sowie mithilfe kollegialer Unterstützung lassen sich anfängliche Probleme und Befürchtungen jedoch in den allermeisten Fällen beheben. Bei realen Befürchtungen der Pflegekräfte, die z.B. eine deutlich gesteigerte Überwachungsmöglichkeit ihrer Arbeit betreffen, sollten Pflegeanbieter idealerweise proaktiv mit den Mitarbeitenden klären, wofür die Technologien verwendet werden dürfen und wofür nicht. Vermutlich würde die Einführung digitaler Pflegetechnologien noch besser gelingen, wenn Pflegeanbieter ihre Mitarbeitenden frühzeitig in den Einführungsprozess einbinden würden. Das ist, wie die Diskussion von Forschungsfrage 7 gezeigt hat, leider regelmäßig

nicht der Fall. Dass die Einführung dennoch zumeist relativ problemlos verläuft, bestärkt die Einschätzung, dass Pflegekräfte der Einführung digitaler Pflorgetechnologien und auch der Telematikinfrastruktur weit überwiegend offen gegenüberstehen und ihre digitalen Fähigkeiten im Regelfall ausreichen, diese Technologien zu nutzen.

9. Fazit

Die vorliegende Studie umfasst zwei aufeinander aufbauende Teile:

1. Eine Literatur- und Sekundäranalyse von Studien und Daten zu Entwicklungen auf dem Markt für Pflegeleistungen, zum Personalmangel und zu den Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege sowie zur Digitalisierung von Pflegediensten und -einrichtungen. Der erste Teil diente vorwiegend der Ableitung von Forschungsfragen und der Formulierung von Gesprächsleitfäden für Einzelinterviews mit Leitenden von Pflegeanbietern und Fokusgruppengesprächen mit Pflegekräften und somit der Vorbereitung des empirischen zweiten Teils. Unabhängig davon wurden aber auch bereits im ersten Teil wichtige Ergebnisse erzielt, die in Kapitel 9.1. aufgeführt sind.
2. Eine qualitative empirischen Studie zur Beantwortung der Forschungsfragen, die aus der Sekundäranalyse des ersten Teils abgeleitet wurden. Die Ergebnisse finden sich in Kapitel 9.2.

9.1. Die wichtigsten Ergebnisse der Literaturanalyse

1. Entwicklungen auf dem Markt für professionelle Pflegeleistungen

1a. Der Personalmangel in der Langzeitpflege ist für Pflegeanbieter bereits heute ein schwerwiegendes Problem und wird sich in Zukunft aller Voraussicht nach noch deutlich verschärfen. Aktuell liegen examinierte Pflegefachkräfte auf dem zweiten Platz der von Personalengpässen betroffenen Berufsgruppen. Selbst bei Pflegehilfskräften zeichnet sich eine zunehmende Knappheit geeigneten Personals ab. Zu dieser ohnehin schwierigen Situation tritt verschärfend hinzu, dass in den nächsten 10 Jahren beinahe 400.000 Pflegekräfte das gesetzliche Ruhestandseintrittsalter erreichen werden. Zur gleichen Zeit wird die Nachfrage nach professioneller Pflege aufgrund des demografischen Wandels in den nächsten Jahrzehnten erheb-

lich zunehmen. Auf Grundlage aktueller Vorausberechnungen ist davon auszugehen, dass im Bereich der Langzeitpflege bereits im Laufe der nächsten 10 Jahre mehr als 110.000 Pflegekräfte fehlen werden.

1b. Der Markt für professionelle Pflegeleistungen hat sich in den letzten Jahren strukturell stark verändert. Die dominante Versorgungsform von Pflegeempfangenden, die professionelle Pflege in Anspruch nehmen, hat sich mit hoher Geschwindigkeit von stationären Pflegeeinrichtungen zu ambulanten Pflegediensten verlagert. Dafür gibt es hauptsächlich zwei Ursachen.

- Die erste Ursache für den Trend zur Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste ist, dass der 2017 eingeführte neue Pflegebedürftigkeitsbegriff gemeinsam mit der damit zusammenhängenden Neuregelung des Pflegebegutachtungsverfahrens nicht nur zu einer erheblichen Zunahme an Personen geführt hat, die Leistungen der Pflegeversicherung in Anspruch nehmen können. Auch die Struktur des Pflegebedarfs der zu Pflegenden hat sich stark verändert, denn ein großer Anteil des Zugangs an Pflegeempfangenden seit 2017 war in den vergleichsweise wenig pflegeintensiven Pflegegraden 1 und 2 zu verzeichnen. Diese Personen nutzen, wenn sie überhaupt professionelle Pflegeangebote in Anspruch nehmen, ganz überwiegend ambulante Pflegedienste. Der Zuwachs an Pflegeempfangenden mit den Pflegegraden 4 und 5, die bei Inanspruchnahme professioneller Pflege hauptsächlich vollstationäre Pflegeeinrichtungen nutzen, war im Vergleich dazu ausgesprochen gering.
- Die zweite Ursache für den Trend zur Inanspruchnahme ambulanter Pflegedienste sind die hohen und jährlich zunehmenden Eigenbeteiligungen an den Pflegekosten, die zu pflegende Personen bei einem Umzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung tragen müssen, sodass Pflegeempfangende den Umzug in eine vollstationäre Einrichtung u. a. durch Nutzung ambulanter Pflegedienste solange hinausschieben, bis eine Pflege in der eigenen Häuslichkeit auch bei Inanspruchnahme professioneller Pflege aufgrund der Intensität des Pflegebedarfs nicht mehr verantwortbar ist.

1c. Der Personalmangel in der Langzeitpflege, die stark zunehmende Nachfrage nach ambulanten Pflegeleistungen und der immer spätere Umzug von Pflegeempfangenden in stationäre Pflegeeinrichtungen sind zum Teil mit erheblichen wirtschaftlichen Folgen für Pflegeanbieter verbunden, deren finanzieller Spielraum zusätzlich durch außerge-

wöhnliche Kostensteigerungen in den letzten Jahren eingeschränkt wurde.

- Wenn ein zunehmender Anteil von Pflegeempfangenden erst dann vollstationäre Pflege in Anspruch nimmt, wenn die Pflegeintensität bereits sehr hoch ist, dann nimmt auch der Anteil sehr pflegeintensiver Heimbewohner mit einem oft sehr schlechten allgemeinen Gesundheitszustand zu. Das führt dazu, dass vollstationäre Einrichtungen Schwierigkeiten haben, eine kostendeckende Anzahl an Pflegeplätzen zu belegen. Die durchschnittliche Verweildauer von Pflegeempfangenden in stationären Pflegeeinrichtungen verkürzt sich, weil ein zunehmender Anteil von Pflegeempfangenden mit schlechtem Gesundheitszustand zur Folge hat, dass Pflegeheimbewohner nach ihrem Einzug im Durchschnitt nach kürzerer Verweildauer versterben. In der Folge müssen stationäre Pflegeeinrichtungen auch bei gleicher Nachfrage nach vollstationären Pflegeplätzen im Zeitablauf höhere Vakanzenzeiten ihrer Pflegeplätze in Kauf nehmen. Dieses Problem könnte zwar überwunden werden, wenn die Nachfrage nach stationären Pflegeplätzen zunimmt und Pflegeanbieter in der Lage sind, Vakanzen über eine Erhöhung der Aufnahmen von Pflegeempfangenden zu vermeiden. Dem steht jedoch entgegen, dass die zunehmende Pflegeintensität der zu Pflegenden auch zu einer höheren zeitlichen Beanspruchung der Pflegekräfte pro Pflegeempfangenden führt. Weil die Personalkapazitäten durch den Personalmangel in der Pflege begrenzt sind, ist eine Erhöhung der Aufnahmen daher oft nicht möglich. Immer mehr vollstationäre Einrichtungen müssen daher aufgrund zunehmender Vakanzen hohe Umsatzeinbußen hinnehmen, sodass sich ihre wirtschaftliche Situation fortlaufend verschlechtert.
- Ambulante Pflegedienste werden hingegen mit einer stark zunehmenden Nachfrage nach ihren Leistungen konfrontiert. Das hat in den letzten Jahren zu einer deutlichen Zunahme ambulanter Pflegedienste geführt, die nun aber ebenfalls vor dem Problem zunehmender Personalengpässe stehen. In der Folge müssen immer mehr ambulante Pflegedienste Pflegeempfangende abweisen oder können zumindest einige der nachgefragten Leistungen nicht erbringen, sodass auch sie häufig Umsatzeinbußen und eine daraus folgende Verschlechterung ihrer wirtschaftlichen Situation hinnehmen müssen.
- Die ohnehin angespannte wirtschaftliche Lage vieler Pflegeanbieter hat sich in den letzten Jahren durch deutlich steigende Energie- und Lohnkos-

ten noch verschärft. Da auch die finanzielle Situation der Pflegeversicherung schlecht ist, ist eine signifikante Abmilderung der finanziellen Engpässe vieler Pflegeanbieter über höhere Vergütungssätze in näherer Zukunft nicht zu erwarten.

1d. Die prekäre wirtschaftliche Situation vieler Pflegeanbieter hat zur Folge, dass einem immer größer werdenden Anteil der Pflegedienste und -einrichtungen die finanziellen Mittel für größere Investitionsvorhaben fehlen. Das gilt v.a. auch für Investitionen in digitale Pflegetechnologien.

2. Die Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege

Die für die Arbeitsbedingungen von Pflegekräften entscheidenden Faktoren lassen sich in vier Bereiche gliedern: Die Arbeitsinhalte, die Arbeitsorganisation, das interne Arbeitsumfeld und das externe Arbeitsumfeld.

2a. Hinsichtlich der Arbeitsinhalte zeigt eine Vielzahl von Untersuchungen, dass Pflegende in der Langzeitpflege im Vergleich zum Durchschnitt der Beschäftigten in anderen Berufsfeldern deutlich häufiger schwerste körperliche Arbeit verrichten müssen und ausgeprägten psychischen Belastungsfaktoren bis hin zu Gewalterfahrungen ausgesetzt sind. Viele Pflegekräfte geben daher an, Abstriche bei der Qualität ihrer Arbeit machen zu müssen, während sie gleichzeitig einen überdurchschnittlich hohen Wert auf die Qualität ihrer Arbeit legen; eine Diskrepanz, die Pflegekräfte auch noch in ihrer Freizeit belastet. Infolge der vielfältigen Belastungen ist der Gesundheitszustand von Pflegekräften im Durchschnitt weit schlechter als der Gesundheitszustand der Beschäftigten in den meisten anderen Berufsfeldern; sie sind z.B. wesentlich häufiger von chronischen Schmerzen, Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems und psychischen Erkrankungen betroffen. In der Folge weisen Pflegekräfte einen weit überdurchschnittlichen Krankenstand auf; viele Pflegekräfte können oder wollen aufgrund der hohen Belastungen ihren Beruf nur in Teilzeit ausüben oder müssen aufgrund ihrer Erkrankungen frühzeitig verrentet werden.

2b. Bezüglich der Arbeitsorganisation zeigt eine große Zahl von Studien, dass die zeitliche Lage und Taktung der Arbeit in der Langzeitpflege ungünstiger ist als in vielen anderen Berufsfeldern, dass Pflegekräfte wenig bis keinen Einfluss auf ihre Arbeitszeiten haben, dass sie im Vergleich zu anderen Berufsgruppen weitaus häufiger für fehlende

Kolleg:innen einspringen müssen und dass die Vielzahl ungünstiger Zeitstrukturen der Arbeit eine Vereinbarkeit von Beruf und familiären Verpflichtungen nicht oder kaum ermöglicht. Drei Viertel der in der Langzeitpflege beschäftigten Pflegekräfte arbeiten regelmäßig an Wochenenden. Für über die Hälfte der Pflegenden ist eine Sechs-Tage-Woche der Normalfall. Auch Schicht- und Nachtdienste sind bei Pflegekräften weit häufiger verbreitet als im Durchschnitt der Beschäftigten aller anderen Berufsgruppen. Über die Hälfte der Pflegekräfte muss oft ungeplant für Kolleg:innen einspringen, nur bei einem Zehntel ist das nie der Fall. Einfluss auf die Lage ihrer Arbeitszeiten hat weniger als ein Zehntel der Pflegekräfte. Über die Hälfte der Pflegekräfte kann ihre Arbeit nicht mit familiären Verpflichtungen oder dem Privatleben vereinbaren, zwei Drittel der in Teilzeit beschäftigten Pflegekräfte lehnt aus diesem Grund eine Vollzeitbeschäftigung ab. Die geschilderten Arbeitsbedingungen sind häufig eine direkte Folge des Personalmangels. Lediglich 6 Prozent der in der Langzeitpflege tätigen Pflegekräfte erleben keinen Personalmangel und führen hohe Arbeitsbelastungen auf andere Ursachen zurück.

2c. Zahlreiche Studien belegen, dass ein gutes internes Arbeitsumfeld inklusive einer leistungsgerechten Entlohnung wichtige Faktoren sind, ansonsten schlechte Arbeitsbedingungen teilweise zu kompensieren. Während beinahe alle Pflegekräfte ihre Beziehungen zu Kolleg:innen als gut oder sehr gut bezeichnen, gilt für die Beziehung zu Vorgesetzten überwiegend das Gegenteil. Deutliche Fortschritte wurden in den letzten Jahren hingegen bei der monetären Honorierung der Pflegearbeit erzielt. Häufig werden Pflegenden in der Langzeitpflege mit ausgeprägt hierarchischen Führungsstilen konfrontiert. Partizipationsmöglichkeiten existieren so gut wie überhaupt nicht. Mit Blick auf die auch sonst schlechten Arbeitsbedingungen wiegen die Folgen einer defizitären Führungskultur besonders schwer. Dem wirkt zum Teil entgegen, dass die Entlohnung in der Langzeitpflege durch die zunehmenden Personalengpässe, die Pflegestärkungsgesetze der Jahre 2015/2017 und das 2021 in Kraft getretene „Tariftrueugesetz“ in den letzten Jahren im Vergleich zur allgemeinen Lohnentwicklung und zur Entlohnung in der Krankenpflege weit überproportional angestiegen ist. Allerdings rangiert die Höhe der Entlohnung in den Präferenzordnungen von Pflegekräften unterhalb guter inhaltlicher und organisatorischer Arbeitsbedingungen.

2d. In Bezug auf das externe Arbeitsumfeld zeigen viele Studien, dass Pflegenden die gesellschaftliche und gesundheitspolitische Wertschät-

zung ihres Berufes bzw. ihrer Leistungen als gering einschätzen und die Beziehungen zu anderen Leistungserbringern des Gesundheitswesens als defizitär wahrnehmen. Dass die weit überwiegende Zahl der Pflegekräfte die gesellschaftliche Wertschätzung ihres Berufs für gering hält, Bevölkerungsbefragungen hingegen zeigen, dass Pflegeberufe spätestens seit der Corona-Pandemie keine geringe Wertschätzung erfahren, ist ein gewisser Widerspruch, dessen Erklärung in der Diskrepanz zwischen dem sehr hohen Berufsstolz von Pflegekräften und den schlechten Arbeitsbedingungen liegen könnte. Pflegekräfte haben seit geraumer Zeit die Erfahrung gemacht, dass ihre oft miserablen Arbeitsbedingungen gesellschaftlich und politisch keine große Beachtung finden. Ein weiterer Erklärungsfaktor könnte darin liegen, dass Pflegende in der Hierarchie der Gesundheitsberufe weit unten stehen und oft in die Rolle reiner Erfüllungsgehilfen gedrängt werden. Ihre so gut wie nicht vorhandenen Entscheidungskompetenzen und die Behandlung durch Angehörige anderer Gesundheitsberufe lassen Pflegekräfte täglich spüren, dass ihr großes fachliches Wissen und ihre berufliche Erfahrung kaum beachtet werden.

3. Die Auswirkungen des Einsatzes digitaler Pflegetechnologien

Studien, die sich mit den **Auswirkungen des Einsatzes digitaler Pflegetechnologien** befassen, wurden hinsichtlich der Effekte auf die Effizienz der Arbeitsprozesse, die Arbeitsbedingungen und die Pflegequalität in Pflegediensten und -einrichtungen analysiert.

3a. In Bezug auf die Effizienz der Arbeitsprozesse deuten alle vorhandenen Studienergebnisse auf das Vorliegen zum Teil erheblicher Effizienzzuwächse durch den Einsatz digitaler Pflegetechnologien hin. Studienergebnisse deuten auch darauf hin, dass die Effizienzzuwächse im Laufe der Jahre zugenommen haben; vermutlich durch Lerneffekte und eine stetige Verbesserung der Funktionalität eingesetzter Technologien. Die Ursachen effizienterer Arbeitsprozesse werden vor allem in einer besseren Koordination und Organisation der Arbeit, schnelleren und verlässlicheren Informationsflüssen, einer Verschlankung der Verwaltung und einer Verbesserung der sektorübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitssystem gesehen. Effizienzzuwächse sind somit so gut wie ausschließlich beim Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien zu verzeichnen. Das liegt auch daran, dass in vorliegenden Studien nicht der Versuch unternommen wurde, denkbare Effizienzvorteile von AAL-Technologien und Pflegerobotik zu untersuchen. Der Grund dafür ist zum einen, dass letztere

Technologien so gut wie nicht eingesetzt werden. Zum anderen ist offensichtlich, dass z.B. der Einsatz eines Transportroboters, der Wäsche oder Material durch eine stationäre Pflegeeinrichtung befördert und damit eine einzige Tätigkeit automatisiert, zu deutlich geringeren Effizienzzuwächsen beitragen kann als beispielsweise eine digitale Dienst- und Tourenplanung, die einen hochkomplexen Prozess teilautomatisiert und Auswirkungen auf die Effizienz der Leistungserbringung aller Pflegekräfte eines Pflegedienstes hat. Unklar ist bislang, wozu Pflegeanbieter die Effizienzzuwächse vorwiegend nutzen. In einigen Studien geben befragte Leitungskräfte überwiegend an, dass Effizienzsteigerungen nicht zu Kosteneinsparungen geführt hätten. Das wäre etwa dann der Fall, wenn durch den Technikeinsatz ermöglichte Zeitersparnisse dazu genutzt werden, die Arbeitsbedingungen oder die Qualität der Pflege zu verbessern. Andere Studien kommen hingegen zu dem Ergebnis, dass Zeitersparnisse vor allem dazu genutzt wurden, dass Pflegekräfte in der gleichen Zeit mehr Arbeitsaufgaben zu erledigen haben. Letztlich kann die Frage, an welcher Stelle sich die Zeitgewinne effizienterer Arbeitsprozesse niederschlagen, zurzeit noch nicht beantwortet werden.

3b. Betrachtet man ganz direkt die Auswirkung digitaler Pflegetechnologien auf die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte, so kommen Studien überwiegend zu positiven Einschätzungen. Als Verbesserungen der Arbeitsbedingungen in der Pflege werden dabei Stressreduzierung, mehr Zeit für Pflegeempfangende, konkrete Arbeitserleichterungen durch Technologieeinsatz für Pflegendende, entsprechend entlastende physische und psychische Auswirkungen auf Pflegekräfte und die Ermöglichung schnellerer Pflegeprozesse genannt. Die positiven Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen können zudem umso größer sein, je mehr die eingesetzten Pflegetechnologien auf einen bislang vernachlässigten Bedarf der Pflegekräfte zugeschnitten sind und mit den Ansprüchen der Pflegenden, gute Pflegearbeit verrichten zu wollen, in Einklang stehen. Es werden jedoch zum Teil auch Faktoren genannt, die für eine Verschlechterung oder zumindest keine wesentliche Verbesserung der Arbeitsbedingungen sprechen. So verband 2017 ein Viertel befragter Einrichtungsleitender den Einsatz digitaler Pflegetechnologien mit der Möglichkeit, die Arbeit von Pflegekräften besser kontrollieren zu können. In einer Studie aus dem Jahr 2020 berichteten die befragten Betriebs- und Personalräte sowie Mitarbeitendenvertreter mehrheitlich, dass durch den Einsatz von Pflegetechnologien die Arbeitsintensität zu- und die physische und psychische Belastung der Pflegekräfte nicht abgenommen hat. Letztere Ergebnisse zeigen, dass der Einsatz digitaler Technologien in der Pflege zumeist nicht von selbst zu einer positiven Beeinflussung der Ar-

beitsbedingungen führt. So sind gesundheitspolitische Rahmenbedingungen sowie die wirtschaftliche Situation der Pflegeanbieter mitentscheidend dafür, ob bspw. durch den Einsatz digitaler Pflegetechnologien ermöglichte Zeitersparnisse zu einer Erhöhung der Arbeitsintensität oder zu mehr Zeit für gute Pflege führen. Auch der Einsatzbereich digitaler Technologien hat Einfluss auf die Arbeitsbedingungen; so lehnen Pflegenden einen Technologieeinsatz in der Bezugspflege ab, weil er ihren Ansprüchen an die Erbringung guter Pflegearbeit widerspricht.

3c. Studien zu den Auswirkungen des Einsatzes digitaler Pflegetechnologien auf die Pflegequalität kommen zu eher ambivalenten Ergebnissen. Das liegt möglicherweise daran, dass es zahlreiche Einflussfaktoren auf die Qualität der Pflege gibt, das Ausmaß der Beeinflussung aber kaum quantifizierbar ist. Die Ergebnisse einer Studie von Kuhlmeier u. a. (2019) sprechen für einen positiven Effekt des Einsatzes digitaler Technologien auf die Pflegequalität, allerdings nur in den Bereichen Dokumentation, Monitoring und körperliche Unterstützung. Dem Einsatz von emotionaler Robotik oder Unterhaltungselektronik als Ersatz für Bezugspflege wurde hingegen mehrheitlich kein positiver Effekt auf die Pflegequalität zugeschrieben. Eine Studie von Braeseke u. a. (2020) zeigt, dass staatliche Fördergelder zum Befragungszeitpunkt häufig dazu verwendet wurden, digitale Technologien anzuschaffen, die der Erhebung von Qualitätsindikatoren und der Verbesserung des Qualitätsmanagements dienen. Nur selten wurden sie allerdings für technische Systeme verwendet, die einer Verbesserung der intersektoralen Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsdienstleistern dienen. Eine Studie von an der Heiden u. a. (2023) kam dann bereits zu einem anderen Ergebnis. Die Befragten gingen hier mehrheitlich davon aus, dass digitale Pflegetechnologien die intersektorale Zusammenarbeit verbessern, zudem nahm eine Mehrheit der Befragten an, dass Digitalisierung zu einer Erhöhung der Patientensicherheit führt. Ganz direkt nach dem Einfluss digitaler Technologien auf die Pflegequalität gefragt, nahm hingegen nur eine Minderheit an, dass diese positiv beeinflusst wird. Eine Studie von Remmert (2024) liefert Hinweise darauf, dass die zum Befragungszeitpunkt eingesetzten Technologien überwiegend noch keinen positiven Einfluss auf die Qualität der Pflege, die Sicherheit der zu Pflegenden und die Minimierung von Fehlerquoten hatten.

3d. Festhalten lässt sich somit, dass die aktuelle Studienlage ganz überwiegend einen positiven Einfluss des Einsatzes digitaler Pflegetechnologien auf die Effizienz der Arbeitsprozesse belegt. Bezüglich des Ein-

flusses auf die Arbeitsbedingungen scheinen digitale Technologien eher positive, wenn auch noch nicht sehr ausgeprägte Auswirkungen zu haben. Sehr ambivalent fallen die Ergebnisse hinsichtlich der Auswirkungen des Einsatzes digitaler Pflegetechnologien auf die Pflegequalität aus. Auch wenn positive Einschätzungen leicht überwiegen, werden die Vorteile der Digitalisierung vorwiegend in anderen Bereichen gesehen – jedenfalls zum jetzigen Zeitpunkt.

4. Die digitale Infrastruktur von Pflegediensten und -einrichtungen vor dem Hintergrund der Pflichtanbindung an die Telematikinfrastruktur

Bei der Sekundäranalyse vorhandener Studien wurde zum einen untersucht, welche Technologien in welchem Ausmaß in welchen Funktionsbereichen der Pflegedienste und -einrichtungen zum Einsatz kommen. Zum anderen wurde der Versuch einer Abschätzung unternommen, in welchem Ausmaß diese Technologien zum einen miteinander und zum anderen mit den Primärsystemen der Pflegeanbieter vernetzt sind, sodass vom Vorliegen einer Basisinfrastruktur ausgegangen werden kann, die eine wirtschaftlich sinnvolle Nutzung der Dienste und Anwendungen der Telematikinfrastruktur ermöglicht.

4a. Aus Studien zum Digitalisierungsgrad von Pflegeanbietern, zum Einsatz spezifischer Digitalisierungstechnologien und zur Verwendung von Pflegetechnologien in verschiedenen Funktionsbereichen von Pflegediensten und -einrichtungen lassen sich fünf wesentliche Ergebnisse ableiten. Erstens nimmt die Digitalisierung von Pflegediensten und -einrichtungen im Zeitablauf zu, doch es lassen sich erhebliche Unterschiede zwischen digitalen Vorreitern und Nachzüglern feststellen, die sich im Laufe der Zeit eher noch vergrößert haben. Zweitens werden fast alle Digitalisierungsfortschritte im Bereich der Informations- und Kommunikationstechnologien erzielt. Pflegerobotik und AAL-Technologien spielen so gut wie keine Rolle. Drittens ist es tatsächlich so, dass die sekundären Prozesse der Pflege einen höheren Digitalisierungsgrad aufweisen als die primären Pflegeprozesse. Das dürfte vor allem darauf zurückzuführen sein, dass eine Digitalisierung sekundärer Pflegeprozesse zeitlich weit früher begonnen hat und viele digitale Pflegetechnologien aus dem IKT-Bereich auf eine Effizienzerhöhung von Verwaltungs- und Planungsprozessen zugeschnitten sind. Die Digitalisierung der primären Pflegeprozesse schreitet jedoch ebenfalls voran, digitale Tourenbegleiter, digitale Dokumentationen und Pflegeberichte oder digitale Leistungserfassungssysteme werden zum Teil bereits flächen-

deckend, zum Teil immerhin zunehmend eingesetzt. Viertens weisen stationäre Pflegeeinrichtungen im Vergleich zu ambulanten Pflegediensten einen höheren Digitalisierungsgrad auf. Das ist ein durchaus überraschendes Ergebnis, denn viele Pflegetechnologien sind gerade auf ambulante Pflegedienste zugeschnitten. Der dennoch festzustellende Digitalisierungsrückstand könnte auf die im Durchschnitt geringere Größe ambulanter Pflegedienste und damit einhergehend geringere Finanzmittel zurückzuführen sein. Der festzustellende Unterschied scheint sich im Zeitablauf aber zu verringern, was am Marktzutritt vieler neuer ambulanter Pflegedienste in den letzten Jahren zurückgeführt werden könnte. Fünftens existiert nicht eine einzige Studie, die den Grad der Vernetzung von Pflegetechnologien untereinander oder mit dem Primärsystem von Pflegediensten und -einrichtungen untersucht. Auch dieses Ergebnis überrascht, denn gerade jüngere Studien untersuchten den Einsatz von Pflegetechnologien vor dem Hintergrund der baldigen Pflichtenbindung der Pflegeanbieter an die Telematikinfrastruktur, sodass man hätte erwarten können, dass sich die Analysen vorwiegend auf die Frage beziehen, in welchem Ausmaß Pflegeanbieter überhaupt technisch in der Lage sind, sich an die TI anzubinden und sie nutzenbringend zu verwenden.

4b. Um einer Beantwortung der Frage auf die Spur zu kommen, wie groß der Anteil an Pflegediensten und -einrichtungen ist, die bereits über eine Basisinfrastruktur verfügen, über die eine Anbindung und wirtschaftlich sinnvolle Nutzung der Telematikinfrastruktur ermöglicht wird, wurden ebenfalls Studien analysiert, die den übergreifenden Digitalisierungsgrad von Pflegeanbietern, den Einsatz spezifischer Digitalisierungstechnologien und die Verwendung von Pflegetechnologien in verschiedenen Funktionsbereichen von Pflegediensten und -einrichtungen untersucht haben. Studien, die den Digitalisierungsgrad einer gesamten Pflegeeinrichtung bzw. eines gesamten Pflegedienstes untersucht haben, ließen nur eine sehr grobe Schätzung des Vorliegens einer Basisinfrastruktur zu. Auf Grundlage der jüngsten Studie zum Digitalisierungsgrad wurde geschätzt, dass 2023 maximal 16 Prozent der ambulanten Pflegedienste und 18 Prozent der stationären Pflegeanbieter über eine Basisinfrastruktur verfügten, die eine wirtschaftliche Nutzung der TI erlaubt hätte. Eine Abschätzung, für einen wie großen Anteil der Pflegeanbieter eine TI-Anbindung zum Befragungszeitpunkt überhaupt möglich gewesen wäre, war auf Grundlage dieser Studie nicht möglich. Auf Grundlage von Studien, die sich mit dem Digitalisierungsgrad verschiedener Funktionsbereiche von Pflegeanbietern befassten, wurde geschätzt, dass maximal 45 Prozent der sta-

tionären Pflegeeinrichtungen und 30 Prozent der ambulanten Pflegedienste 2023 über eine Basisinfrastruktur verfügten, die einen Anschluss an die TI ermöglichte. Ob auch eine wirtschaftlich sinnvolle Nutzung möglich gewesen wäre, konnte nicht geschätzt werden. Die genaueste Schätzung ließ eine Studie zu, die den Einsatz spezifischer Digitalisierungstechnologien durch Pflegeanbieter untersuchte. Im Jahr 2023 waren danach 48 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen und 30 Prozent der ambulanten Pflegedienste in der Lage, elektronische Patientenakten auszulesen. Sie verfügten somit über ein mit der Telematikinfrastruktur kompatibles Primärsystem. Das Vorhandensein einer Schnittstelle im Primärsystem, mit dem eine ePA ausgelesen werden kann, ist aber noch nicht gleichbedeutend damit, dass dieses System auch die mit einem Mehrwert verbundene Nutzung der Telematikinfrastruktur, z.B. einen automatischen Austausch von medizinischen oder pflegerischen Informationsobjekten mit anderen Leistungserbringern, ermöglicht. Den Angaben der Befragten zufolge besaßen zum Befragungszeitpunkt nur 20 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen und 16 Prozent der ambulanten Pflegedienste über Anwendungen, die einen Austausch mit anderen Leistungserbringern ermöglichen.

4c. Zusammenfassend lassen die vorgenommenen Schätzungen die Schlussfolgerung zu, dass mindestens 70 Prozent der ambulanten Pflegedienste und mindestens 52 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen im Juli 2023 – also sechs Monate vor der ursprünglich vorgesehenen Pflichtenbindung an die Telematikinfrastruktur – über kein Primärsystem verfügten, das eine Anbindung an die TI überhaupt ermöglicht hätte. Eine wirtschaftliche Nutzung der Dienste und Anwendungen der TI war 2023 vermutlich für 80 Prozent der stationären Pflegeeinrichtungen und 84 Prozent der ambulanten Pflegedienste nicht möglich. Da viele Pflegedienste und -einrichtungen ihre Pläne zur Anbindung an die TI nach Verschiebung der Pflichtenbindung auf den Juli 2025 nicht weiterverfolgten, war zu diesem Zeitpunkt abzusehen, dass sich an dieser Situation bis zum Juli 2025 wenig ändern würde. Darauf weist auch eine zusätzlich vorgenommene Sekundäranalyse von Studien hin, die ganz direkt Pflegeanbieter als „neue Nutzergruppe“ der TI untersuchten. So waren im Frühjahr 2024 lediglich 5 Prozent der Pflegeanbieter bereits an die TI angeschlossen. Beinahe alle Pflegeanbieter hatten ihre eigentlich bis spätestens zum 1. Januar 2024 vorgesehene (Pflicht-)Anbindung nach der Fristverschiebung tatsächlich verschoben. Die Integration bestehender Systeme in die TI bewerteten 65 Prozent der Befragten als (große) Herausforderung, sie war zum Befragungszeitpunkt somit noch nicht möglich.

5. Hinderungsfaktoren für die Einführung digitaler Pflegetechnologien

Um den Ursachen des teilweise noch sehr rückständigen Digitalisierungsgrads von Pflegeanbietern auf die Spur zu kommen, wurden Studien ausgewertet, die sich mit Hinderungsfaktoren der Einführung digitaler Technologien in der Langzeitpflege beschäftigen. Der Fokus der Analyse lag dabei auf drei in Studien am häufigsten untersuchten Bremsklötze der Digitalisierung: Der digitalen Bereitschaft bzw. den digitalen Fähigkeiten von Pflegekräften, den Kosten der Anschaffung und Einführung digitaler Pflegetechnologien und der geringen Größe vieler Pflegeanbieter.

5a. Eine ganze Reihe von Studien hat sich mit der „digitalen Bereitschaft“ und den digitalen Fähigkeiten von Pflegekräften beschäftigt. Diese Studien weisen jedoch mit wenigen Ausnahmen drei grundsätzliche Probleme auf. Erstens wurde die Einschätzung der digitalen Bereitschaft und Fähigkeiten des Pflegepersonals zumeist von Einrichtungsleitenden vorgenommen. Diese Einschätzungen hängen sehr stark von der Kenntnis vorhandener Digitalisierungstechnologien seitens der Einrichtungsleitenden ab. Studien zeigen, dass sich die Bewertung der digitalen Bereitschaft und Fähigkeiten der Pflegekräfte zwischen Nutzern einer konkreten Technologie und Nicht-Nutzern um bis zu 50 Prozentpunkte unterscheidet. Studienergebnisse liefern zudem starke Anhaltspunkte dafür, dass Einrichtungsleitende ihre eigenen digitalen Fähigkeiten über- und die der Pflegekräfte unterschätzen. Zweitens wurde in beinahe allen Studien auf höchstem Abstraktionsniveau nach digitaler Bereitschaft und digitalen Fähigkeiten des Pflegepersonals gefragt. Es gibt eine Vielzahl digitaler Pflegetechnologien mit völlig unterschiedlichem Nutzen für Pflegekräfte, einem sehr heterogenen Einfluss auf Pflegeprozesse und/oder betriebliche Abläufe und nicht zuletzt weit auseinanderliegenden Bedienungsanforderungen. Es macht daher wenig Sinn, nach „der“ digitalen Bereitschaft oder „den“ digitalen Fähigkeiten der Pflegekräfte zu fragen. Drittens wurde in keiner vorliegenden Studie danach gefragt, ob und in welcher Form Pflegekräfte in den Einführungsprozess digitaler Pflegetechnologien eingebunden werden, obwohl in einer Vielzahl von Studien darauf hingewiesen wird, dass der Einbezug von Pflegekräften einen ganz wesentlichen Unterschied bei der Technikakzeptanz und der Bereitschaft zum Erlernen eines effizienten Umgangs mit neuen Technologien macht.

5b. Trotz der meist sehr allgemeinen Fragen zur digitalen Bereitschaft und zu digitalen Kompetenzen der Pflegekräfte und der zumeist von

Einrichtungsleitenden stammenden Einschätzungen, lässt sich vorsichtig schließen, dass weder die digitale Bereitschaft der Pflegekräfte noch ihre digitalen Fähigkeiten gering sind. Darauf weisen vor allem drei Dinge hin. Erstens zeigen Studien, dass die Akzeptanz einer neuen Technologie durch Pflegekräfte ganz entscheidend davon abhängt, ob diese Technologie (a) die Arbeit der Pflegekräfte tatsächlich erleichtert und (b) mit dem Berufsbild Pflege vereinbar ist. Soweit beides gegeben ist, sind Technikakzeptanz und Nutzungsbereitschaft der Pflegekräfte sehr hoch. Es gibt daher keine verallgemeinerbare Ablehnung digitaler Pflorgetechnologien durch Pflegekräfte. Wenn sie in Einzelfällen vorliegt, dann vermutlich aus guten Gründen. Zweitens weisen Studienergebnisse darauf hin, dass tatsächliche Nutzer von Pflorgetechnologien die digitale Bereitschaft und die digitalen Fähigkeiten des Pflegepersonals weitaus besser beurteilen als Nicht-Nutzer. Vermutlich unterschätzen daher Nicht-Nutzer die Technikakzeptanz und die digitalen Fähigkeiten der Pflegekräfte und/oder überschätzen die Bedienungsanforderungen von Pflorgetechnologien. Drittens liefert die weitestgehend problemlose, sukzessive Einführung digitaler Technologien durch Pflegeanbieter in den letzten Jahren Evidenz dafür, dass weder die Technikakzeptanz noch die digitalen Fähigkeiten von Pflegekräften ein sonderlich großes Hindernis bei der Digitalisierung der Pflege sind. Das mag bei einzelnen Pflegeanbietern der Fall sein, in der Breite jedoch nicht.

5c. Nur vergleichsweise wenige Studien haben untersucht, ob die Kosten der Anschaffung und Einführung digitaler Pflorgetechnologien ein wichtiger Hinderungsfaktor bei der Digitalisierung der Pflege sind. Das ist bedauerlich, denn die wenigen vorhandenen Studien weisen darauf hin, dass die Kostenfrage eine herausgehobene Rolle bei der Entscheidung von Pflegeanbietern für oder gegen die Anschaffung digitaler Technologien spielt. Die Ergebnisse einer mittlerweile leider bereits acht Jahre alten Studie liefern Hinweise, dass zu diesem Zeitpunkt, möglicherweise aufgrund eines noch geringen Ausreifungsgrades digitaler Pflorgetechnologien, Entscheidungen gegen die Einführung dieser Technologien häufig auf Grundlage einer Kosten-Nutzen-Abwägung getroffen wurden, während begrenzte Finanzierungsmöglichkeiten noch keine Hauptrolle spielten. Die Ergebnisse jüngerer Studien lassen erkennen, dass eine negativ ausfallende Kosten-Nutzen-Abwägung im Laufe der Jahre eine zunehmend geringere Rolle spielte. Entscheidungen gegen die Einführung digitaler Technologien wurden nun hauptsächlich aufgrund begrenzter Finanzierungsmöglichkeiten getroffen und fielen auf dieser Grundlage oft auch dann negativ aus, wenn der Nutzen der Technologien die Kosten übersteigt.

5d. Die jüngste Studie aus dem Jahr 2023 zeigt, dass Investitions- und Anschaffungskosten sowohl bei ambulanten Pflegediensten als auch bei stationären Pflegeeinrichtungen den ersten Platz der von Einrichtungsleitenden genannten „Hindernisse der Digitalisierung“ belegen, gefolgt vom zusätzlichen Aufwand für Schulungsmaßnahmen und notwendige Prozessumstellungen. Eine Anschaffung digitaler Pflegetechnologien ist oft nur mithilfe einer staatlichen Förderung möglich, viele Pflegeanbieter weisen aber zugleich nur einen geringen Informationsstand bezüglich dieser Fördermöglichkeiten auf. Auch reicht der vorhandene finanzielle Spielraum oft nicht aus, die notwendigen Eigenmittel zur Beanpruchung einer Förderung aufzubringen. Die Ursachen der zunehmenden Prominenz des Hinderungsgrundes „begrenzte Finanzierungsmöglichkeiten“ für die digitale Transformation der Langzeitpflege sind somit

- a. die immer schwieriger werdende wirtschaftliche Situation vieler Pflegeanbieter,
- b. der Personalmangel der Pflegeanbieter und die damit verbundenen, hohen Opportunitätskosten des Einführungsprozesses digitaler Technologien,
- c. ein unzureichendes Ausmaß oder ein bereits erfolgter Verbrauch staatlicher Fördergelder,
- d. ein häufig vorhandener Mangel an Informationen über Fördermöglichkeiten,
- e. die nicht vorhandene Möglichkeit, finanzielle Eigenmittel für die Beanpruchung staatlicher Fördergelder aufzubringen und nicht zuletzt
- f. der hohe finanzielle Aufwand einer Prozessumstellung veralteter Systeme.

5e. Es liegen nur zwei Studien vor, die den Einfluss der Größe von Pflegeanbietern auf die Nutzung digitaler Pflegetechnologien untersuchen. Sie lassen erkennen, dass kleine und insbesondere sehr kleine Pflegeanbieter einen großen Rückstand bei der Digitalisierung aufweisen. Leider fragt keine einzige Studie nach den Ursachen für dieses Ergebnis. Offensichtlich ist, dass ambulante Pflegedienste oder stationäre Pflegeeinrichtungen, die 30 oder (viel) weniger Pflegeempfangende versorgen, einen deutlich niedrigeren Umsatz erzielen können als Pflegeanbieter, die 100 oder mehr zu pflegende Personen versorgen. Selbst dann, wenn unterschiedlich große Pflegeanbieter eine gleiche Umsatzrendite erzielen, fällt der Betriebsüberschuss kleiner Pflegeanbieter erheblich geringer aus und entsprechend geringer sind auch die Möglichkeiten, aus betrieblichen Über-

schüssen Investitionen in digitale Pflegetechnologien zu finanzieren. Hinzu kommt, dass auch die Möglichkeiten der Kreditaufnahme für größere Pflegeanbieter zumeist besser sind als für kleinere. Für kleinere Anbieter stellt sich das zusätzliche Problem, dass eine Inanspruchnahme staatlicher Fördergelder erfordert, erhebliche Eigenmittel aufzubringen, die oft nicht vorhanden sind. Der Digitalisierungsrückstand kleiner Pflegeanbieter in Verbindung mit unzureichend vorhandenen Finanzmitteln erlaubt es ihnen häufig nicht, die notwendige digitale Infrastruktur aufzubauen, die für eine nutzenbringende Anbindung an die Telematikinfrastruktur notwendig ist. Umso bedauerlicher ist es, dass über die Finanzierungsbedingungen kleiner und sehr kleiner Pflegedienste keine validen Daten vorliegen.

9.2. Die wichtigsten Ergebnisse der empirischen Studie

A. Der Status Quo

1. Nutzung und Ausmaß der Vernetzung digitaler Pflegetechnologien

1a. Pflegetechnologien aus dem IKT-Bereich wurden von allen im Rahmen der Studie befragten Pflegeanbietern, wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß, routinemäßig eingesetzt. In allen befragten ambulanten Pflegediensten arbeiten Pflegekräfte mit Handys oder Tablets, die als digitale Tourenbegleiter fungieren und zumeist zusätzliche Funktionen besitzen. Auch die digitale Arbeitszeit- und Leistungserfassung kommt bereits regelmäßig zum Einsatz, gleiches gilt für die digitale Dienst- und Tourenplanung. Digitale Patientenakten haben bei den befragten Pflegeanbietern schon seit längerer Zeit Papierakten abgelöst. Digital dokumentiert wird allerdings noch nicht durchgehend. Weitergehende digitale Pflegetechnologien, wie bspw. die digitale Angebotserstellung oder Angehörigen-Apps, kommen nur vereinzelt zum Einsatz. Zum Teil scheitert eine weitergehende Digitalisierung an externen Hindernissen; so kann z. B. eine technisch bereits mögliche digitale Leistungsabrechnung mit Kostenträgern zumeist noch nicht eingesetzt werden, weil viele Kostenträger weiterhin Papierabrechnungen verlangen.

1b. Während digitale Pflegetechnologien aus dem IKT-Bereich bei allen befragten Pflegeanbietern in nennenswertem Ausmaß eingesetzt werden, steht eine Vernetzung dieser Technologien vor Hindernissen. Die Digitalisierung hat für viele Pflegeanbieter schon vor längerer Zeit mit der

Anschaffung von Verwaltungs- und Buchhaltungssoftware begonnen. Weitere Pflegetechnologien wurden in den letzten Jahren nach und nach eingeführt. Das Problem ist, dass die zuerst angeschafften Verwaltungssysteme oft veraltet und daher nicht mit den später angeschafften Technologien aus dem IKT-Bereich bzw. mit den von diesen verwendeten Branchensoftwarelösungen kompatibel sind. Da sie Kern der Verwaltung eines Pflegedienstes oder einer Pflegeeinrichtung sind, sind sie das Primärsystem eines Pflegeanbieters. Wenn das Primärsystem nicht mit anderen digitalen Technologien vernetzbar ist, ist nicht nur eine automatische Übertragung relevanter interner Informationen unmöglich, auch eine Nutzung der Dienste und Anwendungen der Telematikinfrastruktur kann entweder nur in sehr eingeschränktem Umfang erfolgen oder eine TI-Anbindung ist überhaupt nicht durchführbar.

1c. Es war daher bereits zum Untersuchungszeitpunkt abzusehen, dass sich für Pflegeanbieter bis zum Pflichtanbindungstermin an die TI noch große Probleme ergeben könnten, wobei einige der befragten Pflegeanbieter diese Probleme durchaus erkannten und eine aufwendige Umstellung ihres Primärsystems planten, während andere Pflegeanbieter eine abwartende Haltung einnahmen. Die häufig notwendige Umstellung der Primärsysteme ist mit vielfältigen Schwierigkeiten verbunden. Zum einen ist der Markt für Softwarelösungen sehr intransparent und Pflegeanbieter weisen einen geringen Informationsstand über die Eigenschaften und Vernetzungsmöglichkeiten digitaler Technologien auf. Die Geschäftsmodelle der Anbieter von Softwarelösungen sind zumeist darauf ausgelegt, statt einer teuren Komplettlösung zunächst Leistungsmodule, die einzelne Pflegeprozesse digitalisieren, Schritt für Schritt zu verkaufen bzw. zu lizenzieren. Der inkrementelle Erwerb von Modulen kann dazu führen, dass Pflegeanbieter mit Modulen von kleineren und (zunächst) günstigeren Anbietern ausgestattet sind, die Schwierigkeiten haben, eine Komplettlösung zu entwickeln. Genau das wird von einigen der befragten Pflegeanbieter berichtet. Für sie wird eine Umstellung ausgesprochen kostspielig, weil neben dem Primärsystem auch Leistungsmodule ausgetauscht werden müssen. Pflegeanbieter nennen hier Kosten im fünfstelligen Bereich.

1d. Die erzielten Ergebnisse hinsichtlich des zumeist vor einem TI-Anschluss noch notwendigen Austausch des Primärsystems von Pflegeanbietern sowie zum Teil auch der weiteren verwendeten digitalen Pflegetechnologien ist besonders besorgniserregend, weil in dieser Studie sehr technikaffine Pflegeanbieter durchschnittlicher Größe befragt wurden. Die befragten Pflegeanbieter dürften daher im Vergleich zu vielen anderen

Pflegeanbietern einen überdurchschnittlichen Digitalisierungsgrad aufweisen und auch finanziell zumeist relativ gut aufgestellt sein. Es war daher zum Untersuchungszeitpunkt klar erkennbar, dass viele Pflegeanbieter, die einen noch weit größeren Digitalisierungsrückstand aufweisen als die befragten Pflegedienste und -einrichtungen und insbesondere kleine Pflegeanbieter im Regelfall noch mit deutlich höheren Investitionskosten rechnen müssen, um eine wirtschaftlich nutzenstiftende Anbindung an die Telematikinfrastruktur bis zum 1. Juli 2025 in die Wege leiten zu können.

1e. Keine der befragten Pflegedienste und -einrichtungen setzte Pflege-roboter ein. Sowohl Leitende der Pflegeanbieter als auch Pflegekräfte können sich einen künftigen Einsatz von Pflegerobotern nur in sehr begrenztem Rahmen vorstellen. Leitungskräfte betonen, dass die persönliche Beziehung zu Pflegeempfangenden wichtig sei. Ein Roboter könne das nicht leisten. Für pflegerische Tätigkeiten seien Roboter schon deshalb ungeeignet, weil sie die Reaktionen der Pflegeempfangenden nicht richtig deuten könnten, was zu schwerwiegenden Fehlern führen könnte. Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass das, was Pflegeroboter leisten könnten, an den momentanen Problemen und Bedarfen der Pflege vorbeigehe. Viel wichtiger sei es, die Kommunikation zu optimieren – sowohl intern als auch mit anderen Gesundheitsdienstleistern. Die befragten Pflegekräfte können sich einen sinnvollen Einsatz von Pflegerobotik kaum vorstellen. Wenn überhaupt, dann wird ein Einsatz im Bereich pflegebegleitender Tätigkeiten für hilfreich gehalten, etwa beim Transport von Mahlzeiten für die Pflegeempfangenden. Hier wird aber auch die Grenze gezogen. Sobald es um direkten Kontakt mit zu pflegenden Personen geht, sollten Pflegeroboter nach Ansicht der Pflegekräfte nicht zum Einsatz kommen. Wie auch die Leitungskräfte betonen die Pflegenden, dass der menschliche Kontakt zu Pflegeempfangenden ein wichtiger Teil der Pflegearbeit sei. Aus diesem Grund wird auch der Einsatz sog. Emotionsrobotik von Pflegekräften abgelehnt.

1f. AAL-Technologien werden positiver als Pflegeroboter beurteilt. Das gilt sowohl für AAL-Technologien, die Pflegekräfte unterstützen, als auch für AAL-Technologien in der Häuslichkeit der Pflegeempfangenden. Diese Technologien, z. B. Sensormatten, die bei Stürzen von Pflegeempfangenden ein Signal senden, werden von Pflegekräften aus dem stationären Bereich als potenziell sehr hilfreich bzw. entlastend eingeschätzt. Allerdings wird auch geschildert, dass AAL-Technologien zum Teil noch nicht technisch ausgereift seien und in diesen Fällen eher die Arbeit erschweren. Leitungskräfte berichten, dass sie hinsichtlich des Einsatzes von AAL-Technologien

noch abwarten, weil nicht deutlich erkennbar sei, welche Technologien den Mitarbeitenden tatsächlich helfen. Auch weisen sie auf den teilweise noch geringen Ausreifungsgrad dieser Technologien hin. Leitende ambulanter Pflegedienste sehen den Nutzen von AAL-Technologien vor allem darin, dass Pflegeempfangenden so ermöglicht würde, länger in ihrer Wohnung zu leben. Zudem könnten Notfälle schneller erkannt werden, wenn Sensoren beim Eintritt bestimmter Ereignisse Alarm schlagen. Während der Nutzen solcher Systeme als hoch eingestuft wird, kritisieren die befragten Leitenden, dass AAL-Technologien aufgrund der hohen Kosten und Problemen bei der Refinanzierung kaum angeschafft und eingesetzt werden könnten.

2. Die inhaltlichen Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege und der bisherige Einfluss digitaler Pflegetechnologien

2a. In Zusammenhang mit der inhaltlichen Ausgestaltung der Pflegearbeit wird sowohl von Leitenden der Pflegeanbieter als auch von Pflegekräften vor allem die durch Vorgaben der Kostenträger und wirtschaftlichen Zwängen der Pflegeanbieter verursachte Notwendigkeit thematisiert, Pflegearbeit in einem engen Korsett zeitlicher Vorgaben erbringen zu müssen. Leitende der Pflegeanbieter betonen, dass die Vergütungsvorgaben der Kostenträger ein anderes Vorgehen – selbst wenn man es wollte – kaum ermöglichen würden. Eine Abmilderung des auf Pflegekräften lastenden Drucks, pflegerische Verrichtungen so schnell wie möglich durchzuführen, sodass für Bezugspflege keine weitere Zeit bleibe, sei nur möglich, wenn (a) Pflegeempfangenden zusätzliche und von diesen zu bezahlende Zeitmodule verkauft oder (b) einzelne Pflegeverrichtungen ab und an nicht erbracht und zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt würden.

2b. Pflegekräfte kennen die wirtschaftlichen Zwänge ihrer Arbeitgeber:innen, kritisieren aber wesentlich deutlicher die mit dem zeitlichen Druck verbundenen Folgen für Pflegeempfangende. Die durch den ständigen Zeitdruck kaum noch mögliche menschliche Zuwendung gegenüber den zu Pflegenden wird von den Pflegekräften als etwas geschildert, dem sie selbst nicht ausgesetzt sein wollten. Zudem seien es die Pflegekräfte, die sich mit der aus ihrer Sicht verständlichen Unzufriedenheit der Pflegeempfangenden mit der „Minutenpflege“ auseinandersetzen müssten. Ebenso wie die Leitenden der Pflegeanbieter weisen die Pflegekräfte darauf hin, dass eine Ausweitung der bei Pflegeempfangenden verbrachten Zeit nur möglich sei, wenn diesen zusätzliche Zeitmodule verkauft würden. Sie sehen das aber

wesentlich kritischer, insbesondere wenn Pflegeempfangende finanziell irgendwann nicht mehr in der Lage sind, diese Module bezahlen zu können und entsprechend mit einer deutlichen Einschränkung der Pflegequalität leben müssten. Pflegekräfte bezeichnen diese Verhältnisse als teilweise menschenunwürdig.

2c. Bei Leitenden stoßen solche Bedenken der Pflegekräfte nur zum Teil auf Verständnis. Verständnis zeigen vor allem Leitungskräfte, die zumindest ab und an ebenfalls Pflegeaufgaben übernehmen und die Verhältnisse somit kennen. Zum Teil werden die Bedenken der Pflegekräfte jedoch auch als „Sozialromantik“ abqualifiziert. Was früher einmal möglich gewesen sei, könne man sich heute einfach nicht mehr leisten. Geschildert wird, dass sich vor allem bereits seit langer Zeit im Pflegeberuf Beschäftigte die alten Zeiten zurückwünschten, in denen noch ausreichend Zeit zur Verfügung stand, neben der eigentlichen Pflegearbeit längere Gespräche mit Pflegeempfangenden zu führen. Aber es müsse akzeptiert werden, dass diese Zeiten nicht wiederkehren werden. Auch wenn es verständlich ist, dass Leitende auf den wirtschaftlichen Fortbestand ihres Pflegedienstes oder ihrer Pflegeeinrichtung achten müssen, ist es doch bemerkenswert, wie sehr sie überwiegend die Logik des Status Quo verinnerlicht haben.

2d. Der Einsatz digitaler Pflegetechnologien hat aus Sicht der Pflegekräfte bislang ambivalente Auswirkungen auf die inhaltliche Ausgestaltung der Pflegearbeit gehabt. So hätten digitale Tourenbegleiter viele Vorteile mit sich gebracht, weil Pflegekräfte auf einfache Weise und jederzeit auf notwendige Informationen zugreifen könnten. Andererseits führe die auf ihnen laufende Software dazu, dass ständig Richtzeitvorgaben für die verschiedenen zu erbringenden Leistungen angezeigt würden, ebenso wie Zeitüberschreitungen. Das wird als kleinteilige, beinahe tayloristische Arbeitszergliederung wahrgenommen, die den ohnehin großen Zeitdruck noch erhöhe. Eine der befragten Leitungskräfte weist auf ein weiteres Problem hin: Die Geschwindigkeit, mit der neue Technologien eingeführt würden, führe vor allem bei bereits länger im Pflegeberuf Tätigen dazu, dass gewohnte Routinen verschwinden und neue aufgrund des stetigen Wandels nicht entstehen könnten, was zu einem Verlust an Sicherheit führe, der Pflegearbeit weiterhin gewachsen zu sein.

2e. Insgesamt ist festzuhalten, dass der Einsatz digitaler Pflegetechnologien im Bereich der Arbeitsinhalte bei den befragten Pflegeanbietern (noch) nicht zu einer spürbaren Verbesserung der Arbeitsbedingungen

geführt hat. Eher scheint die Möglichkeit zur Erbringung guter Pflegeleistungen durch den ständigen Zeitdruck noch abgenommen zu haben. Das ist nicht unbedingt auf die digitalen Technologien selbst zurückzuführen, aber durchaus auf die Art, wie sie eingesetzt werden. So bedeutet es eine Verschlechterung der Arbeitsbedingungen, wenn z. B. die auf digitalen Tourenbegleitern installierte Software als tayloristisches Instrument der Arbeitsintensivierung wahrgenommen wird. Zeitgewinne, die etwa durch den Einsatz digitaler Tourenbegleiter ermöglicht werden, sollten mehr Zeit für gute Pflege ermöglichen, nicht aber Pflegekräfte einen noch größeren Zeitdruck aussetzen, indem bei jeder Pflegeverrichtung eine Stoppuhr läuft. Ein solches System ist auch für Pflegeempfangende mit hohem Stress verbunden, insbesondere wenn für Bezugspflege nur dann Zeit bleibt, wenn sie dafür bezahlen können. Es wäre daher ratsam, wenn erzielte Zeitgewinne nicht zu einer Verkürzung der Vorgabezeiten für die Erbringung einzelner Pflegeleistungen führen und Pflegeanbieter zugleich verpflichtet würden, die Vorgabezeiten nicht zu unterschreiten, um pro Tour mehr Pflegeempfangende versorgen zu können. Anders lassen sich weder die Arbeitsbedingungen noch die Pflegequalität verbessern, ohne dass Pflegeanbietern dadurch ein finanzieller Nachteil entsteht.

3. Die organisatorischen Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege und der bisherige Einfluss digitaler Pflegetechnologien

3a. Befragt man Pflegekräfte allgemein nach den aktuellen arbeitsorganisatorischen Gegebenheiten, dann scheint der zunehmende Einsatz digitaler Technologien auf den ersten Blick noch keine Veränderungen bewirkt zu haben. Noch immer müssten Pflegekräfte zu unüblichen Arbeitszeiten arbeiten, Doppelschichten hinnehmen und auch das nicht vorhersehbare Einspringen für erkrankte oder aus sonstigen Gründen ausfallende Kolleg:innen sei weiterhin keine Seltenheit. Vor dem Hintergrund des Personalmangels in der Pflege ist es allerdings nicht überraschend, dass u. a. die Erstellung verlässlicher Dienstpläne auch mit technischer Unterstützung schwierig bleibt und Pflegekräfte weiterhin bis an ihre Kapazitätsgrenze arbeiten müssen.

3b. Dennoch lassen sich auch aus Sicht der Pflegekräfte einzelne Verbesserungen identifizieren. So habe die digitale Touren- und Einsatzplanung gemeinsam mit der digitalen Tourenbegleitung offenbar größere arbeitsorganisatorische Vorteile mit sich gebracht, indem Pflegekräften bei Dienstbeginn ein komplett durchgeplanter und mit allen notwendigen In-

formationen versehener Tourenplan mitgegeben würde und ein langwieriges Zusammensuchen der Informationen in verschiedenen Dokumentenmappen unnötig geworden sei. In ähnlicher Weise habe der Einsatz digitaler Pflegeberichte und digitaler Pflegedokumentationen bereits eine Erleichterung der Arbeitsorganisation zur Folge gehabt, indem alle Informationen stets zentral verfügbar seien, sodass etwa bei der Beantwortung von Anfragen zum aktuellen Zustand von Pflegeempfangenden viele Zwischenschritte bei der Informationsbeschaffung unnötig geworden wären.

3c. An anderen Stellen zeigt sich jedoch auch, dass der Einsatz digitaler Pflegetechnologien noch vorteilhafter sein könnte, wenn die Fachkenntnisse und Erfahrungen der Pflegekräfte beim Einsatz dieser Technologien mehr berücksichtigt würden. Pflegekräfte berichten über funktionelle Schwierigkeiten der eingesetzten Technologien und über eine mangelhafte Bedienungsfreundlichkeit, die zum Teil durch Softwareupdates noch verschlechtert würde. Ihre Rückmeldungen und Verbesserungsvorschläge würden allerdings nicht zur Kenntnis genommen. Funktionelle Schwierigkeiten digitaler Pflegetechnologien würden – trotz grundsätzlich vorhandener Vorteile des Technologieeinsatzes – aus diesen Gründen zum Teil für zusätzlichen Stress sorgen.

3d. Die Leitungskräfte der Pflegeanbieter sehen, mehr noch als die Pflegekräfte, große Vorteile bei der Organisation von Pflegeprozessen durch den Einsatz digitaler Informations- und Kommunikationstechnologien. Der Technikeinsatz der befragten Pflegeanbieter ist sehr heterogen, aber in allen Bereichen wird von Fortschritten berichtet, z.B. durch die digitale Dienstplanung und Arbeitszeiterfassung, die elektronische Wunddokumentation, digitalisierte Patientenakten, digitale Angebotserstellung und natürlich durch die digitale Dienst- und Tourenplanung und digitale Tourenbegleiter.

3e. Interessanterweise gehen Leitungskräfte der Pflegeanbieter aber nicht davon aus, dass der Einsatz digitaler Pflegetechnologien zu Zeiterparnissen auf Seiten der Pflegekräfte führt. Der Vorteil dieser Technologien liege eher darin, dass sie komfortable Instrumente seien. Die Arbeitszeit der Pflegekräfte scheinen Leitungskräfte als etwas zu sehen, dass so oder so gefüllt werden muss. Diese Einschätzung deckt sich mit den Äußerungen der Pflegekräfte. Weder hat bislang der Zeitdruck nachgelassen, noch hat sich an den ungewöhnlichen Arbeitszeiten und dem häufigen Einspringen für fehlende Kollegen etwas geändert.

3f. Beinahe alles, was bislang bei der Arbeitsorganisation an Effizienzreserven gehoben worden ist, scheint bisher dazu geführt zu haben, dass Pflegekräfte nicht nur in der gleichen Zeit mehr Leistungen erbringen können – sie müssen es auch. Genau das sollte aber nicht das vorwiegende oder sogar einzige Ergebnis des Einsatzes digitaler Pflegetechnologien sein. Die Angaben der Leitenden lassen erkennen, dass die Effizienzzuwächse im Bereich der Arbeitsorganisation schon jetzt deutlich spürbar sind. Sollen durch den Einsatz digitaler Pflegetechnologien die Arbeitsbedingungen im Bereich der Arbeitsorganisation auch für die Pflegekräfte spürbar verbessert werden, dann ist allerdings noch einiges zu tun. Zwar haben digitale Pflegetechnologien auch für Pflegekräfte einige Vorteile mit sich gebracht, etwa bei der Beschaffung von Informationen oder durch digitale Tourenbegleiter, die optimale Fahrtrouten berechnen und so zu etwas weniger Stress führen. Spürbare Verbesserungen in für die Arbeitsbedingungen entscheidenderen Bereichen wie z.B. Arbeitsintensität oder Verlässlichkeit von Dienstplänen lassen sich aber noch nicht erkennen. Einschränkend ist jedoch hinzuzufügen, dass der Personalmangel in der Pflege und die strikten Vergütungsvorgaben der Kostenträger solche Verbesserungen der Arbeitsbedingungen auch kaum ermöglichen.

4. Arbeitsbedingungen im Bereich des internen Arbeitsumfelds in der Langzeitpflege und der bisherige Einfluss digitaler Pflegetechnologien

4a. Sowohl die Fokusgruppengespräche mit Pflegekräften als auch die Interviews mit Leitenden der Pflegeanbieter legen die Schlussfolgerung nahe, dass die Fachkompetenz von Pflegekräften regelmäßig nicht in den Entscheidungsprozess über die Anschaffung und Einführung von Pflegetechnologien einbezogen wird. Neben dem Nicht-Einbezug in den Anschaffungsprozess, sind Leitende überwiegend der Ansicht, dass es auch beim Einführungsprozess digitaler Technologien nicht auf die Fachkompetenz des Pflegepersonals ankomme. Vielmehr könne selbst die Erklärung des Nutzens oder der Notwendigkeit der Einführung digitaler Technologien eher oberflächlich ausfallen. Leitende begründen das mit „Informationsasymmetrien“ zwischen ihnen und den Pflegekräften, mit der Kompliziertheit der Materie oder der Notwendigkeit einer ausreichenden Expertise, wenn es um die Beurteilung der Funktionsweise und des Nutzens von Pflegetechnologien gehe. Lediglich eine Leitungskraft gab an, Mitarbeitende vor wichtigen betrieblichen Entscheidungen nach ihrer Meinung zu fragen. Unabhängig von der Verbindlichkeit des Einbezugs von Meinungsäußerungen der Mitarbeitenden vor der Veranlassung wichtiger betrieblicher Entscheidun-

gen, werden Pflegekräfte auf diesem Weg zumindest bereits vor betrieblichen Entscheidung inhaltlich informiert und können eventuell darauf reagieren.

4b. Wenn man die Äußerungen der bei verschiedenen Pflegeanbietern beschäftigten Pflegekräfte miteinander vergleicht, dann scheint es beim Einführungsprozess von Pflegetechnologien zumindest graduelle Unterschiede zwischen Pflegeanbietern zu geben. Während die Einführung neuer Technologien bei manchen Anbietern mehr oder weniger „verkündet“ und Pflegekräfte somit vor vollendete Tatsachen gestellt würden, seien bei anderen Pflegeanbietern im Vorfeld der Einführung immerhin Schulungsprogramme angeboten worden. Das ist zwar keine echte Partizipation, gibt Pflegekräften – je nach Ausgestaltung – aber immerhin die theoretische Chance, auf Bedarfe hinsichtlich der Funktionalität und der Bedienung der Technologien und ggf. auf Bedarfslücken aufmerksam zu machen.

4c. Insgesamt konnten in dieser Studie die Ergebnisse vieler anderer Studien bestätigt werden. Obwohl immer wieder darauf hingewiesen wird, dass eine echte Mitarbeitendenbeteiligung bei der Anschaffung und Einführung neuer Pflegetechnologien erhebliche Vorteile mit sich bringt, wird davon selten Gebrauch gemacht. Digitale Pflegetechnologien haben nur begrenzten Einfluss auf die Führungskultur eines Pflegeanbieters. Aber die Führungskultur hat Einfluss darauf, wie Entscheidungen über die Anschaffung digitaler Technologien getroffen und in welcher Art und Weise sie eingeführt werden. Die ausgesprochen hierarchische Führungskultur, die bei beinahe allen untersuchten Pflegeanbietern hinsichtlich der Entscheidungen über die Anschaffung und Einführung digitaler Pflegetechnologien identifiziert werden konnte, kann sowohl die Akzeptanz der Einführung neuer digitaler Technologien als auch ihre effiziente Verwendung negativ beeinflussen. Eine reine Top-Down-Einführung verringert zudem die Wahrscheinlichkeit, dass neue Technologien den tatsächlichen Bedarfen der Pflegenden entsprechen, sodass die Chance verringert wird, mithilfe der neuen Technologien *auch* die Arbeitsbedingungen zu verbessern.

5. Arbeitsbedingungen im Bereich des externen Arbeitsumfelds in der Langzeitpflege und der bisherige Einfluss digitaler Pflegetechnologien

5a. Bei der Diskussion des externen Arbeitsumfelds ist auffällig, dass Pflegekräfte einen direkten Zusammenhang zwischen der ihrer Wahr-

nehmung nach geringen gesellschaftlichen Anerkennung des Pflegeberufs und dem gefühlten Desinteresse der Gesundheitspolitik an ihren Arbeitsbedingungen sehen. Pflegekräfte geben an, dass sie über keinerlei gesellschaftliche Lobby verfügten, dass sie eher als „Putzlappen“ wahrgenommen würden. Daraus resultiere wiederum das geringe Interesse der Gesundheitspolitik an schlechten Arbeitsbedingungen in der Pflege. Ihre Kritik richtet sich aber ganz vorwiegend nicht an die Gesellschaft, sondern an die Politik. Vieles sei versprochen, nichts sei gehalten worden. Die zunehmende Digitalisierung der Pflege werde an dieser Situation überhaupt nichts ändern, denn von ihr gehe kein positiver Einfluss auf die gesellschaftliche Lobby und dieser Logik folgend auch nicht auf die Gesundheitspolitik aus. Interessanterweise geht es bei Diskussionen um fehlende gesellschaftliche Anerkennung nie um die Bezahlung der Pflegearbeit; dieses Thema wurde von Pflegekräften überhaupt nicht ins Spiel gebracht. Offenbar machen Pflegekräfte das Ausmaß der gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Anerkennung nicht an der Höhe der Entlohnung fest, sondern an den sonstigen Arbeitsbedingungen. Daher ist es keine Überraschung, dass die in den letzten Jahren deutlich gestiegene Entlohnung der Langzeitpflegekräfte offenbar keine Auswirkungen auf ihre Wahrnehmung hat, von der Gesundheitspolitik vernachlässigt zu werden.

5b. Während Leitungskräfte der Pflegeanbieter das Ausmaß der gesellschaftlichen Anerkennung des Pflegeberufs überhaupt nicht thematisieren, äußern sie deutliche Kritik an gesundheitspolitischen Entscheidungen. Diese berühren allerdings höchstens mittelbar die Arbeitsbedingungen in der Pflege. Für besonderen Frust sorgt dabei der Eindruck, dass gesundheitspolitische Fristsetzungen zur Durchführung verpflichtender Maßnahmen ständig verschoben würden, wie bspw. die Frist zur Pflichtanbindung an die Telematikinfrastruktur. Hinzu komme, dass Pflegeanbieter sehr schlecht informiert würden, wenn es zu Planänderungen der Gesundheitspolitik kommt. Folge der ständigen Terminverschiebungen und der fehlenden Informationen sei zum einen, dass Fristsetzungen von Vorneherein nicht ernst genommen würden. Die befragten Pflegeanbieter gaben daher an, die gesetzten Fristen weitestgehend zu ignorieren. Zum anderen sorgen ständige Fristverschiebungen nach Angaben der Leitungskräfte dafür, dass das Vertrauen in die Nützlichkeit gesetzlich veranlasster Maßnahmen untergraben würde, sodass nicht nur die Durchführungsbereitschaft noch weiter sinke, sondern auch die Nutzungsbereitschaft, wenn die Maßnahmen dann doch irgendwann durchgeführt werden müssen.

5c. Die befragten Leitungskräfte ambulanter Pflegedienste bewegt noch ein weiteres gesundheitspolitisches Thema: Sie haben das Gefühl, dass der stationären Pflege bei gesundheitspolitischen Entscheidungen ein zu hoher Stellenwert zukommt. Das wird für nicht mehr angemessen gehalten, da die ambulante der stationären Pflege, was die Zahl der versorgten Pflegeempfangenden betrifft, längst den Rang abgelaufen habe. Diese Kritik ist vor dem Hintergrund der Stoßrichtung aktueller Pflegetechnologien nicht ohne Belang. Viele Pflegetechnologien aus dem IKT-Bereich sind auf die Bedürfnisse ambulanter Pflegedienste zugeschnitten und können entsprechend vor allem dort zu Effizienzzuwächsen führen. Wenn aber stattdessen Technologien staatlich gefördert werden, deren Einsatz – wie bspw. die Pflegerobotik – eher in der stationären Pflege Sinn macht, dann ist der Eindruck, die ambulante Pflege genieße politisch nicht den gleichen Stellenwert wie stationäre Pflege, durchaus nachvollziehbar.

5d. Zusammenfassend hat sich das externe Arbeitsumfeld für Pflegekräfte durch die zunehmende Digitalisierung der Pflege nicht verbessert. Das war auch nicht zu erwarten, denn die gesellschaftliche Anerkennung des Pflegeberufs hat vermutlich noch wenig mit der Digitalisierung der Pflege zu tun und mangels Anbindung an die Telematikinfrastruktur konnten sich auch noch keine Auswirkungen auf die ebenfalls zum externen Arbeitsumfeld zählende Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern des Gesundheitssystems ergeben. Von der Gesundheitspolitik hielten die von uns befragten Pflegekräfte nicht viel, obwohl es zum Befragungszeitpunkt bereits erhebliche Gehaltssteigerungen im Rahmen der Pflegestärkungsgesetze und des Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetzes gegeben hatte. Pflegekräften scheint die Bezahlung tatsächlich weit weniger wichtig zu sein als die sonstigen Arbeitsbedingungen. Die Leitenden der Pflegeanbieter beklagen vor allem die Unsicherheit politisch gesetzter Fristen oder sonstiger Ankündigungen. Sie fühlen sich schlecht informiert und – ähnlich wie die Pflegekräfte – nicht ganz ernst genommen. Das gilt vor allem für ambulante Pflegedienste, die u. a. in Bezug auf die Digitalisierung der Pflege eine zu geringe Aufmerksamkeit der Gesundheitspolitik im Verhältnis zur stationären Pflege beklagen.

B. Notwendigkeit einer Forcierung der digitalen Transformation der Langzeitpflege und ihrer Teilnahme an der digitalen Gesundheitsökonomie

6. Bisherige Vernetzung mit anderen Gesundheitsdienstleistern und Kostenträgern und dabei auftretende Schwierigkeiten

6a. Die befragten Pflegeanbieter stehen mit einer großen Zahl anderer Akteure des Gesundheitssystems, Kostenträgern sowie Leistungserbringern außerhalb des Gesundheitssystems in Kontakt. Die Zahl der Kontakte reicht je nach Pflegeanbieter von 50 bis über 100. Neben Kontakten zu Arztpraxen und Kostenträgern bzw. deren Abrechnungsdienstleistern bestehen bspw. Kontakte zu Apotheken, Krankenhäusern, anderen Pflegeanbietern und Therapeuten verschiedener Fachrichtungen (Ergotherapie, Logopädie, Physiotherapie, ...). Hinzu kommen Kontakte zu Einrichtungen und Personen außerhalb des Gesundheitssystems (Sozialdienste, Friseure und Friseurinnen, Haushaltshilfen, Ehrenamtliche, ...). Zwar werden nicht alle genannten Institutionen und Personengruppen an die Telematikinfrastruktur angebunden, es zeigt sich jedoch, welche Bedeutung eine möglichst verlässliche, friktionsfreie und zügige Kommunikation mit möglichst vielen am Pflegeprozess beteiligten Personen, Einrichtungen und Institutionen für Pflegedienste und -einrichtungen hat.

6b. Aktuell ist das Gegenteil einer verlässlichen Kommunikation mit anderen am Pflegeprozess Beteiligten zu beobachten. Die zurzeit genutzten Informations- und Kommunikationswege werden von Pflegekräften als hochgradig ineffizient kritisiert. So schildern Pflegekräfte ausgesprochen häufig, dass es bereits schwierig sei, mit Ärzten und Ärztinnen überhaupt persönlich Kontakt aufzunehmen. Dabei gehe es nicht nur um einige Stunden, Kontaktversuche könnten sich über Tage hinziehen. In jenen Fällen, bei denen eine telefonische Kontaktaufnahme mit Arztpraxen überhaupt noch möglich sei, landeten Pflegekräfte häufig in Warteschleifen, was im Laufe eines Tages eine Vielzahl von Anrufen notwendig mache, die zu ständigen Arbeitsunterbrechungen führten und die Übermittlung wichtiger Informationen verzögerten. Oftmals aber seien Arztpraxen telefonisch überhaupt nicht mehr erreichbar, eine Kontaktierung sei nur über Fax oder Kurznachrichtendienste möglich oder man lande bei von Arztpraxen genutzten Chatbots, die nicht auf die Bedarfe von Pflegeanbietern eingerichtet seien. Wann und ob dann überhaupt geantwortet werde, sei unvorhersehbar, sodass ständig nachgehakt werden müsse. Diese Probleme könnten sich dann noch mit weiteren negativen Entwicklungen vermischen. So schildern

Pflegekräfte, dass Hausbesuche durch Ärztinnen und Ärzte früher üblich gewesen wären und zu verlässlichen Zeitpunkten stattgefunden hätten. Das sei nun nicht mehr der Fall, und die Kommunikationsprobleme mit Arztpraxen trügen unter anderem deshalb dazu bei, dass bei einer Verschlechterung des Zustands von Pflegeempfangenden in Ermangelung einer ärztlichen Untersuchung Krankenhauseinweisungen vorgenommen werden müssten, die sich später als unnötig herausstellen würden.

6c. Auch die Leitenden von Pflegeanbietern beklagen die oft schwierige Kommunikation mit anderen Leistungserbringern des Gesundheitssystems. Besonders häufig wird von ihnen die schlechte Kommunikation mit Arztpraxen kritisiert. Die Gründe für die Kommunikationsprobleme werden zum Teil bei den Ärztinnen und Ärzten festgemacht, denen es an Motivation fehle, zu einer besseren Kommunikation mit Pflegeanbietern beizutragen, z.B. weil sie ihre eigenen Interessen über die anderer Leistungserbringer stellten. So wird von der Leitungskraft eines bereits an die Telematikinfrastruktur angebundenen Pflegeanbieters geschildert, dass ausnahmslos alle Arztpraxen, mit denen ein Kontaktverhältnis bestehe, dennoch auf eine Kommunikation über Fax statt über TI-Dienste bestehen würden. Unabhängig von der Ursache der wenig effizienten Kommunikationsstrukturen, seien die Folgen von den Pflegeanbietern zu tragen. Neben ständigen Wartezeiten und Unterbrechungen der Pflegeprozesse sei beispielsweise die rechtzeitige Lieferung von Medikamenten nicht durchgehend gesichert, weil weder bei involvierten Arztpraxen noch bei Apotheken in Erfahrung zu bringen sei, ob überhaupt ein Rezept ausgestellt wurde oder wo sich ein Rezept befinde.

6d. Die Kommunikation der Pflegeanbieter mit Krankenhäusern wird von Pflegekräften und Leitungskräften der Pflegeanbieter weniger häufig als dysfunktional geschildert. Abhängig vom jeweiligen Krankenhaus könne es aber auch hier zu Problemen kommen. Diese Probleme ergäben sich vor allem beim Entlassungsmanagement; bspw. würden Pflegeempfangenden zum Teil nur Medikamente für einen kurzen Zeitraum mitgegeben, sodass im nächsten Schritt wieder Arztpraxen eingeschaltet werden müssten – was wiederum zu weiteren Kontaktschwierigkeiten führe. Auch sei es bei einigen Krankenhäusern schwierig, bei Verlegungen Rückfragen zu stellen. Möglicherweise liegt es an der im Vergleich zu Arztpraxen selteneren Kontakthäufigkeit zu Krankenhäusern, dass Kontaktschwierigkeiten von Pflege- und Leitungskräften seltener geschildert werden. Möglicherweise funktioniert die Zusammenarbeit der Pflegeanbieter mit Krankenhäusern aber auch im Großen und Ganzen etwas besser als mit Arztpraxen.

6e. Eine besonders ausgeprägte Kritik wird von Leitungskräften der Pflegeanbieter an der mangelbehafteten Kommunikation mit Kostenträgern geübt. Ein oft wiederholter Kritikpunkt betrifft die Abrechnung von Leistungen und Verordnungen. Vieles wäre heute bereits digital möglich, aber die Kostenträger seien nach Auffassung der Leitungskräfte in besonderem Ausmaß Bremser des digitalen Fortschritts. So lägen schon seit längerer Zeit die technischen Voraussetzungen dafür vor, dass ärztliche Verordnungen elektronisch an Kostenträger übermittelt werden, aber diese seien zu einem solchen Vorgehen nicht bereit und verlangten weiterhin Papierverordnungen. Ähnliches gelte für Leistungsnachweise. Viele Kostenträger akzeptieren keine digitalen Unterschriften, d.h. Leistungsnachweise müssten, obwohl digital erstellt, ausgedruckt und von Hand unterschrieben werden und dann in Papierform an die Kostenträger verschickt werden, die diese dann einscannen und die Papierformulare schreddern würden. Was die Situation noch etwas absurder mache, sei die Tatsache, dass einige Kostenträger kein Problem mit digital unterschriebenen Leistungsnachweisen hätten, sodass eine Doppelstruktur vorgehalten werden müsse. Diese ohnehin schon komplexe Vorgehensweise würde noch dadurch verkompliziert, dass sehr viele Kostenträger nicht mehr selbst abrechneten, sondern Abrechnungsdienstleister nutzten, sodass Pflegeanbieter zum Monatsende zumeist große Mengen an Post an verschiedenste Empfänger verschicken müssten, obwohl die Leistungsabrechnung bereits digital erfolgt sei. Zudem Sorge die Zwischenschaltung von Abrechnungsdienstleistern dazu, dass ein weiteres Kommunikationsproblem hinzugefügt würde, denn in Konfliktfällen seien die Kostenträger selbst kaum noch erreichbar.

6f. Die große Zahl an Mängeln, die im Bereich der externen Kommunikation von Leitenden und Pflegekräften der Pflegeanbieter geschildert werden, macht deutlich, welch erhebliche Zeit- und Ressourcenersparnisse mit der Anbindung aller Pflegeanbieter an die Telematikinfrastruktur verbunden sein könnten. Damit es dazu kommt, wird es aber notwendig sein, dass Pflegeanbieter tatsächlich aktive „Mitspieler“ in der digitalen Gesundheitsökonomie werden. Das kann nur gelingen, wenn andere Leistungserbringer des Gesundheitssystems künftig weit mehr als aktuell bereit sind, Pflegeanbieter als kooperierende Partner bei der medizinischen Versorgung von Pflegeempfangenden anzuerkennen, statt sie auch weiterhin als reine Erfüllungsgehilfen zu behandeln.

7. Mit der Anbindung an die Telematikinfrastruktur verbundene Erwartungen der Pflegeanbieter

7a. Vor dem Hintergrund der Vielzahl an Kontakten mit anderen Leistungserbringern des Gesundheitswesens und den zurzeit noch zu beobachtenden massiven Kommunikationsproblemen, die dabei auftreten, überrascht es nicht, dass die befragten Pflegeanbieter die teilweise zu beobachtende Skepsis vieler anderer Leistungserbringer:innen des Gesundheitssystems gegenüber der Telematikinfrastruktur nicht teilen. Erwartet wird daher an erster Stelle, dass unter den vielen Problemen, mit denen sich Pflegeanbieter auseinandersetzen müssen, wenigstens das Kommunikationsproblem mit anderen Leistungserbringern des Gesundheitssystems beseitigt oder zumindest deutlich abgemildert wird. Erwartet, oder vielmehr erhofft, wird insbesondere eine schnellere und verlässlichere Kommunikation mit Arztpraxen. Während zum Teil Zweifel daran geäußert werden, dass Arztpraxen tatsächlich zu einer besseren Kommunikation mit Pflegeanbietern bereit sein werden, wird teilweise auch die Erwartung geäußert, dass Arztpraxen nichts anderes übrig bliebe, wenn mit der TI-Anbindung gesundheitspolitisch auch der Abbau von Doppelstrukturen angestrebt und dieses Ziel aktiv durchgesetzt wird.

7b. Auch eine Verbesserung der Kommunikation mit Kostenträgern ist eine ausgeprägte Erwartung/Hoffnung befragter Leitungskräfte der Pflegeanbieter. Neben einer flächendeckenden Ermöglichung digitaler Leistungsabrechnungen erwarten bzw. hoffen Leitungskräfte, dass sich das hochgradig ineffiziente Verordnungsmanagement durch den TI-Anschluss erheblich einfacher gestalten wird. Erwartet/Erhofft werden aber z. B. auch zeitnah zur Verfügung stehende Informationen über den Bearbeitungsstand von Anträgen, etwa auf eine Erhöhung des Pflegegrades eines zu Pflegenden. Bislang seien solche Informationen kaum in Erfahrung zu bringen.

7c. Eine weitere Erwartung/Hoffnung ist, dass sich die Kooperation mit anderen Gesundheitsleistungserbringern durch die Kommunikation aller an Pflegeprozessen beteiligten Akteur:innen über Dienste und Anwendungen der TI deutlich verbessern wird. Leitungskräfte hoffen, dass die Nutzung einer gemeinsamen Kommunikationsplattform dazu führt, dass die Pflege mehr als gleichberechtigter Partner wahrgenommen wird bzw. die Rolle des reinen Befehlsempfängers endlich verlieren könnte.

7d. Pflegeanbieter sehen neben der Abmilderung der Kommunikationsprobleme einen weiteren großen Vorteil der TI-Anbindung darin, dass

sich auf diese Weise ihr Informationsstand über die von ihnen zu versorgenden Pflegeempfangenden deutlich erhöhen wird. So erhoffen sich die befragten Leitungskräfte von der elektronischen Patientenakte einen deutlich verbesserten Informationsstand über die gesundheitliche Situation der von ihnen versorgten Pflegeempfangenden und auf diesem Wege auch mehr Sicherheit bei der Durchführung von Pflegeprozessen – z. B. bei der Medikation. Ein weiterer Vorteil elektronischer Patientenakten liege darin, dass sie auch Patientenverfügungen enthalten können, sodass im Falle medizinischer Notfälle zeitnah Klarheit darüber herrsche, welche Maßnahmen ein Rettungsdienst bzw. ein Krankenhaus noch durchführen müsse.

C. Denkbare Hinderungsfaktoren einer digitalen Transformation der Langzeitpflege

8. Die digitale Bereitschaft und die digitalen Fähigkeiten der Pflegekräfte

8a. Die Befragung der Pflegekräfte lässt die Schlussfolgerung zu, dass sie überwiegend eine hohe Bereitschaft aufweisen, digitale Pflegetechnologien zu nutzen und ihre dazu notwendigen digitalen Fähigkeiten überwiegend in ausreichendem Maße vorhanden sind. Nur sehr vereinzelt gäbe es Pflegekräfte, die vor größere Probleme gestellt werden. Diese seien häufig darauf zurückzuführen, dass die betreffenden Pflegenden auch in ihrer Freizeit nur sehr wenige digitale Technologien nutzen. Dabei handele es sich aus Sicht der Pflegekräfte aber um Ausnahmefälle. Insbesondere in Verbindung mit einer guten Schulung und genügend Einarbeitungszeit sei der Umgang mit digitalen Technologien aber regelmäßig kein Problem, wobei einige Pflegekräfte zu erkennen geben, dass eine Schulung nicht immer stattfinde. Kolleg:innen mit Problemen würde aber auch gern geholfen, häufig komme es also ergänzend oder als Ersatz für eine vom Pflegeanbieter organisierte oder vom Technologieanbieter angebotene Schulung zu einer Art kollegialen Indoor-Schulung.

8b. Auch wenn für Pflegekräfte nicht die Bereitschaft zur Nutzung oder die Bedienung digitaler Technologien per se ein Problem ist, weisen sie dennoch auf das Vorliegen von aus ihrer Sicht vermeidbaren negativen Effekten des Technologieeinsatzes hin. So verstärke sich durch Arbeitszeit- und Leistungserfassungssysteme das mit der zeitlichen Taktung der Pflegearbeit verbundene Gefühl des ständigen Drucks, Pflegearbeit möglichst schnell zu erledigen, sodass die Arbeitsintensität weiter erhöht werde. Pflegekräfte beschreiben das „Zeitmodul“ als eine während der Erbringung von

Pflegeleistungen ständig im Hintergrund laufende Stoppuhr, die nur schwer zu ignorieren sei. Ein anderes oft genanntes Problem betrifft die zum Teil noch nicht völlig ausgereifte Funktionalität der auf Handys und Tablets laufenden Software. Problematisch sind in diesen Fällen nicht die digitalen Fähigkeiten des Personals, sondern neben den unvermeidbaren Kinderkrankheiten der Softwarelösungen die nicht vorhandenen Partizipationsmöglichkeiten der Pflegekräfte bei der Weiterentwicklung digitaler Pflegetechnologien. Softwareupdates würden so manchmal eher zu einer Qualitätsverschlechterung der Softwarefunktionalität führen, weil Entwickler keine Kenntnis von den Bedarfen der Pflegenden hätten.

8c. Auch aus Sicht der Leitenden der Pflegeanbieter gibt es nur relativ wenige Pflegekräfte, die mit digitalen Pflegetechnologien überhaupt nicht zurechtkommen. Es werden eher graduelle Unterschiede der digitalen Bereitschaft und Fähigkeiten des Pflegepersonals vermutet. Eine geringe Affinität und Bereitschaft zur Nutzung digitaler Technologien wird zum Teil am fortgeschrittenen Alter einiger Pflegekräfte oder an einer langen Berufserfahrung festgemacht. Zum Teil wird auch vermutet, dass Pflegefachkräften die direkte Hilfeleistung für Pflegeempfangende wichtiger sei als die organisatorische, dokumentarische oder planerische Arbeit an digitalen Endgeräten. Die befragten Leitungskräfte nehmen für die Zukunft an, dass der Einsatz digitaler Technologien noch problemloser wird, weil ihre Handhabung für „digital natives“ selbstverständlich sei.

8d. Die befragten Leitungskräfte der Pflegeanbieter geben an, dass in jedem Fall Schulungen angeboten werden, wenn neue digitale Technologien eingeführt werden – sowohl vor Einführung für alle Pflegekräfte als auch jeweils für neue Mitarbeitende. Diese würden Anfangs von den Herstellern der digitalen Technologien durchgeführt, später dann von leitenden Pflegekräften der Pflegeanbieter. Ein weiterer geschilderter Weg, der geeignet sei, die Bereitschaft zur Nutzung digitaler Technologien zu erhöhen und Befürchtungen abzubauen, sei eine Erläuterung, mit welchen Vorteilen der Technologieeinsatz verbunden sein könne und wofür Technologien explizit nicht benutzt würden. In letzterem Falle geht es um die zunehmenden Kontrollmöglichkeiten der Pflegekräfte, die zu Ängsten führen könnten. Zur Erhöhung der digitalen Bereitschaft der Pflegekräfte ist es in jedem Fall ratsam, mit Mitarbeitenden bindende Übereinkünfte zu treffen, dass digitale Technologien nicht der Überwachung und Bewertung von Mitarbeitenden dienen, denn sonst besteht die Gefahr, dass Mitarbeitende zusätzlichem

Stress ausgesetzt sind und neue Technologien nicht effizient verwenden, um Kontrollmöglichkeiten zu unterlaufen.

8e. Dass eine zu geringe digitale Bereitschaft oder zu geringe digitale Fähigkeiten der Pflegekräfte ein Hindernis für die Einführung digitaler Pflegetechnologien sind, lässt sich auf Grundlage der in dieser Studie erzielten Ergebnisse nicht bestätigen. Weder Pflegekräfte noch Leitende von Pflegeanbietern berichten von größeren Problemen bei der Einführung und Nutzung digitaler Technologien. Nur in Einzelfällen würden solche Technologien von Pflegekräften vollständig abgelehnt, sodass diese Pflegekräfte ihren Pflegeanbieter im Extremfall verlassen würden. Andererseits wird aber auch geschildert, dass gerade für jüngere Pflegekräfte eher das Gegenteil gelte: Für diese sei die Beschäftigung bei einem Pflegeanbieter unattraktiv, wenn dieser noch weitestgehend auf „handschriftliche“ Lösungen setze. Da der Einsatz digitaler Technologien in Pflegediensten und -einrichtungen mittlerweile – wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß – der Normalfall ist, wäre ein anderes Ergebnis auch überraschend gewesen. Vermutlich würde die Einführung und Nutzung digitaler Pflegetechnologien noch besser gelingen, wenn Pflegeanbieter ihre Mitarbeitenden frühzeitig in den Einführungsprozess einbinden würden und Rückmeldungen über noch vorhandene Schwächen der eingesetzten Technologien systematisch erfasst würden, was leider regelmäßig nicht der Fall zu sein scheint.

8f. Ob Pflegekräfte auch der Anbindung an die Telematikinfrastruktur und den damit verbundenen Möglichkeiten und Anforderungen offen gegenüberstehen, konnte leider nicht ermittelt werden, weil die befragten Pflegekräfte auch hinsichtlich dieser technischen Neuerung bei allen befragten Pflegeanbietern nicht frühzeitig in Entscheidungsprozesse eingebunden oder wenigstens über den Sinn der TI-Anbindung informiert wurden. Für die befragten Pflegekräfte handelt es sich insofern nur um eine Fortsetzung der zunehmenden Digitalisierung von Pflegeprozessen. Da Pflegekräfte jedoch selbst ausgesprochen unzufrieden mit der dysfunktionalen intersektoralen Zusammenarbeit mit anderen Leistungserbringern des Gesundheitssystems sind, kann angenommen werden, dass sie bereit sein werden, von den mit der TI-Anbindung einhergehenden Möglichkeiten aktiv Gebrauch zu machen. Die dazu notwendigen digitalen Fähigkeiten unterscheiden sich grundsätzlich nicht von den Bedienungsanforderungen bereits eingesetzter Pflegetechnologien, sodass – eine Schulung vorausgesetzt – auch hierin kein Problem liegen dürfte.

9. Die Marktbedingungen in der Langzeitpflege

9a. Der erhebliche Personalmangel in der Langzeitpflege hat zur Folge, dass eine Konkurrenzbeziehung der Pflegeanbieter um „Kunden“ bzw. Pflegeempfangende nicht mehr existiert. Es herrscht eine so ausgeprägte Überschussnachfrage nach Pflegeplätzen bzw. Pflegediensten, dass Personen mit Pflegebedarf kaum eine Wahlmöglichkeit zwischen Pflegeanbietern bleibt. Eher stellt sich für sie das Problem, überhaupt einen vollstationären Pflegeplatz oder einen Pflegedienst zu finden. Im Bereich des „Kundenwettbewerbs“ wird von Pflegeanbietern eher von kooperativen Beziehungen berichtet.

9b. Stattdessen findet eine Art Proxy-Wettbewerb um Pflegekräfte statt, denn nur über die Akquise ausreichend qualifizierten Personals können Pflegedienste und -einrichtungen Personalkapazitäten vorhalten, die für einen wirtschaftlichen Betrieb notwendig sind. Die im Rahmen der Studie befragten Leitungskräfte der Pflegeanbieter schildern die aktuelle Situation entsprechend als ein ständiges Arbeiten an der personellen Kapazitätsgrenze, was im nächsten Schritt negative Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte hat, denn Personalausfälle führen in einer solchen Situation sehr schnell dazu, dass Pflegekräfte Mehrarbeit verrichten müssen.

9c. Wenn die Leitenden der Pflegeanbieter eine Verbesserung dieser Situation erreichen wollen, bleiben ihnen letztlich nur drei Optionen: Kurzfristig (a) eine Erhöhung des Arbeitspensums der Pflegekräfte und/oder (b) eine durch geeignete Maßnahmen ermöglichte Erhöhung des Personalbestands und/oder (c) mittel- bis langfristig eine Effizienzsteigerung der Arbeitsprozesse – bspw. durch Investitionen in digitale Pflegetechnologien. Von der ersten Option wird notgedrungen Gebrauch gemacht, aber den befragten Leitungskräften ist klar, dass diese „Lösungsstrategie“ aufgrund der damit verbundenen Auswirkungen auf die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte auf Dauer kontraproduktiv ist. Dass die Leitenden von Pflegediensten und -einrichtungen schildern, in einer Konkurrenzbeziehung um (gutes) Personal zu stehen, zeigt, dass sie den Versuch unternehmen, auch von der zweiten Option Gebrauch zu machen. Da der Markt für Pflegekräfte leergefegt ist, werden dabei zum Teil auch Personen für die Pflege rekrutiert, die aus anderen Wirtschaftssektoren stammen bzw. keine einschlägige Pflegeausbildung besitzen. Im Grunde wird beinahe jede Möglichkeit genutzt, benötigtes Personal einzustellen, was zur Folge hat, dass der Qualifikationsmix der Pflegekräfte zunehmend ausfasert. Die dritte Option einer Erhöhung der

Effizienz der Arbeitsprozesse durch den Einsatz digitaler Technologien wird weder von Leitenden noch von Pflegekräften als signifikante Maßnahme in Erwägung gezogen, dem Personalmangel zu begegnen. Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass digitale Pflegetechnologien über effizientere Pflegeprozesse erst mittel- bis langfristig Personaleinsparungen ermöglichen können, Pflegeanbieter aber nach kurzfristig wirksamen Lösungen suchen.

9d. Der Personalmangel in der Pflege stellt auf diese Weise ein doppeltes Hindernis für die digitale Transformation der Pflege dar. Erstens ist er bereits jetzt mit einer ausgeprägten Überschussnachfrage nach Pflegeplätzen und -diensten verbunden. In der Folge existiert kein „Kundenwettbewerb“ in der Pflege, was Anreize zur Investitionen in digitale Pflegetechnologien verringert. Der „Proxy-Wettbewerb“ um Pflegepersonal kann den Kundenwettbewerb theoretisch ersetzen, wenn digitale Pflegetechnologien zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen genutzt werden und Pflegekräfte die Entscheidung für oder gegen einen Pflegeanbieter stark mit den (beobachtbaren) Arbeitsbedingungen verbinden. Die Befragungen von Leitenden der Pflegeanbieter und von Pflegekräften haben allerdings gezeigt, dass sich Verbesserungen der Arbeitsbedingungen durch einen zunehmenden Technologieeinsatz bislang nur in wenigen Einzelbereichen beobachten lassen und zudem von Faktoren begleitet werden, die eher zu einer Verschlechterung der Arbeitsbedingungen führen. Nur für jüngere Pflegekräfte scheinen Pflegeanbieter mit einem höheren Digitalisierungsgrad attraktivere Arbeitgeber zu sein. Der fehlende Kundenwettbewerb kann unter diesen Umständen nur unzureichend durch den Wettbewerb um Pflegepersonal ersetzt werden. Zweitens sehen Pflegeanbieter Pflegetechnologien nicht als Möglichkeit, dem Personalmangel zu begegnen. Vielmehr scheint der Personalmangel so ausgeprägt zu sein, dass Pflegeanbieter nach kurzfristigen Lösungen suchen, was die Durchführung eher mittel- bis langfristig wirksamer Digitalisierungsmaßnahmen hemmt. Vor diesem Hintergrund überrascht es nicht, dass Pflegeanbieter ihre Pläne zur Anbindung an die TI nach Verschiebung des Pflichtenbindungstermins ebenfalls in die Zukunft verschoben.

10. Mit der Anbindung an die Telematikinfrastruktur verbundene Herausforderungen der Pflegeanbieter

10a. Die große Herausforderung, vor der viele Pflegeanbieter stehen, liegt in der Finanzierung der Investitionskosten, die auf sie zukommen, wenn sich ihre Erwartungen und Hoffnungen erfüllen sollen, die sie mit der TI-Anbindung verbinden. Durch die sukzessive Einführung digi-

taler Technologien im Pflegebereich ist eine Vernetzung der Systeme untereinander und insbesondere eine Vernetzung zum Primärsystem der Pflegeanbieter oft nicht möglich, falls überhaupt ein mit der TI kompatibles Primärsystem vorhanden ist. Die Umstellung auf ein vollständig integriertes Gesamtsystem erfordert hohe Investitionskosten, die über die Kosten einer reinen TI-Anbindung weit hinaus gehen können. Einige der befragten Leitungskräfte betonen die Herausforderung, mit der eine solche Umstellung für sie selbst noch verbunden sein wird, andere weisen auf die Situation von Pflegeanbietern hin, die schon lange am Markt sind und oft über sehr veraltete Systeme verfügen. Zu den Investitionskosten komme hinzu, dass eine solche Umstellung zentraler Verwaltungssysteme eines Pflegedienstes bzw. einer Pflegeeinrichtungen einen hohen organisatorischen Aufwand bedeute, der bei laufendem Betrieb und geringen Personalressourcen kaum zu leisten sei.

10b. Das Zusammenspiel zwischen den großen Hoffnungen, die Pflegeanbieter mit der TI-Anbindung verbinden, und den großen Herausforderungen, vor denen sie bei der Finanzierung der notwendigen technischen Aufrüstung stehen, weist auf die große Gefahr hin, dass diese Hoffnungen enttäuscht werden. Seit dem 1. Juli 2025 ist eine Anbindung aller Pflegedienste und -einrichtungen an die TI nun Pflicht. Der weitaus größte Teil der Pflegeanbieter ist dieser Verpflichtung nicht nachgekommen (Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege 2025). Die einen, weil sie die mit einer TI-Anbindung verbundenen Kosten nicht tragen konnten, die anderen, weil sie politischen Fristsetzungen keinen Glauben mehr geschenkt und eine TI-Anbindung gar nicht erst in Angriff genommen haben. Die großen Erwartungen und Hoffnungen, die Pflegeanbieter mit der TI-Anbindung verbunden haben, sind nun abermals enttäuscht worden. Jene Pflegeanbieter, die alles für eine rechtzeitige TI-Anbindung getan haben, müssen jetzt damit leben, dass viele andere Akteure des Gesundheitssystems es ablehnen, mit ihnen über die TI zu kommunizieren; denn aufgrund des geringen TI-Anbindungsgrads der Pflegeanbieter müssten sie andernfalls bei der Kommunikation mit Pflegediensten und -einrichtungen eine Doppelstruktur vorhalten. Auf der anderen Seite wurde der Fatalismus jener Pflegeanbieter bestätigt, die politische Ankündigungen ohnehin nicht mehr ernst nehmen und sich deshalb nicht an die TI angebunden haben; denn sie sehen jetzt, dass ein Versäumen des Pflichtanbindungstermins keinerlei Konsequenzen für sie hat. Es handelt sich im Grunde um eine „lose-lose-Situation“, die die Gesundheitspolitik durch ihre Indifferenz gegenüber der vorhandenen digitalen Infrastruktur in Pflegediensten und -einrichtungen

gen und den finanziellen Möglichkeiten der Pflegeanbieter selbst verursacht hat. Für die Langzeitpflege war das ein denkbar schlechter Start in die digitale Gesundheitsökonomie, der das Vertrauen in die Vorteile der Digitalisierung und die intersektorale Zusammenarbeit im Gesundheitswesen nicht stärken wird.

Literaturverzeichnis

- an der Heiden, Iris/Bernhard, Jannis/Otten, Marcus (2022):** Wissenschaftliche Evaluation des Produktivbetriebs der Anwendungen der Telematikinfrastruktur 2022, Studienbericht für die gematik GmbH, IGES Institut GmbH, Berlin.
- an der Heiden, Iris/Bernhard, Jannis/Otten, Marcus (2023):** Wissenschaftliche Evaluation des Produktivbetriebs der Anwendungen der Telematikinfrastruktur 2023, Studienbericht für die gematik GmbH, IGES Institut GmbH, Berlin.
- Angerer, Peter/Gündel, Harald/Brandenburg, Stephan/Nienhaus, Albert/Letzel, Stephan/Nowak, Dennis (Hrsg.) (2019):** Arbeiten im Gesundheitswesen. Psychosoziale Arbeitsbedingungen – Gesundheit der Beschäftigten – Qualität der Patientenversorgung, Landsberg am Lech.
- Auffenberg, Jennie/Becka, Denise/Schleicher, Sergej/Braun, Esther (2022):** „Ich pflege wieder, wenn ...“ – Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften, Arbeitnehmerkammer Bremen, Bremen.
- Bank für Sozialwirtschaft (2023):** Zweites Trendbarometer Sozial und Gesundheitswirtschaft, Köln.
- Bartmann, Peter (2023):** Wirtschaftliche Situation in den ambulanten Pflegediensten/Pflegestationen, Diakonie Deutschland, Berlin.
- BKK Dachverband (Hg.) (2024):** Darüber staunt der Laie und die Fachwelt wundert sich: Der Zustand der pflegerischen Versorgung 2024 in Deutschland, BKK Dachverband e.V., Berlin.
- Braeseke, Grit/Meyer-Rötz, Sinja/Pflug, Claudia/Haaß, Friederike (2017):** Digitalisierung in der ambulanten Pflege – Chancen und Hemmnisse, Abschlussbericht für das Bundesministerium für Wirtschaft und Energie, IGES Institut GmbH, Berlin.
- Braeseke, Grit/Pflug, Claudia/Tisch, Thorsten/Wentz, Lukas/Pörschmann-Schreiber, Ulrike/Kulas, Heidi (2020):** Umfrage zum Techni-

keinsatz in Pflegeeinrichtungen (UTiP), Sachbericht für das Bundesministerium für Gesundheit, IGES Institut GmbH, Berlin.

Bundesagentur für Arbeit (2024a): Arbeitsmarktsituation im Pflegebereich, Blickpunkt Arbeitsmarkt Mai 2024, Nürnberg.

Bundesagentur für Arbeit (2024b): Fachkräfteengpassanalyse Deutschland und Länder 2023, Ergebnisse Bund 2023, Nürnberg.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2020): Stressreport Deutschland 2019 – Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden, Dortmund.

Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege (2025): Umfrage zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur, Juni 2025, url: https://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Veroeffentlichungen/20250626_BAGFW-Umfrage_TI-Anschluss.pdf (Abruf am 22.08.2025).

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2021): Hohe Anforderungen, wenig Ressourcen: Arbeitszeiten in der Alten- und Krankenpflege, baua: Fakten, Dortmund.

Bundesinstitut für Berufsbildung/Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2014): Arbeit in der Pflege – Arbeit am Limit? Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche, Factsheet 10, url: <https://www.baua.de/DE/Angebote/Publikationen/Fakten/BIBB-BAuA-10> (Abruf am 10.02.2025).

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2024): Sechste Pflegearbeitsbedingungenverordnung, url: <https://www.bmas.de/DE/Service/Gesetze-und-Gesetzesvorhaben/sechste-verordnung-zwingende-arbeitsbedingungen-pflegebranche.html> (Abruf am 10.02.2025).

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2017): e-Pflege – Informations- und Kommunikationstechnologie für die Pflege, Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit (2022): Tarifliche Bezahlung in der Altenpflege verpflichtend – Gehaltssteigerungen um bis zu 30 Prozent, Pressemeldung vom 1.9.2022, url: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/tarifliche-bezahlung-in-der-altenpflege-verpflichtend.html> (Abruf am 10.02.2025).

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2023a): Pflegearbeitsplatz mit Zukunft! Die Ergebnisse der Studie zur Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege auf einen Blick, Berlin.

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.) (2023b): Gemeinsam Digital – Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege, Berlin.

- Caritas Deutschland (2024):** Caritas-Erhebung: Lebenszeit in Pflegeeinrichtungen immer kürzer, Pressemitteilung vom 4.1.2024, url: <https://www.caritas.de/presse/pressemeldungen-dcv/caritas-erhebung-lebenszeit-in-pflegeeinrichtungen-immer-kuerzer-44fe4abe-4ad1-418d-80cd-c97c87618a0d> (Abruf am 10.02.2025).
- Carstensen, Jeanette/Seibert, Holger/Wiethölter, Doris (2024):** Entgelte von Pflegekräften 2023, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Aktuelle Daten und Indikatoren, Nürnberg.
- Christiansen, Margit (2020):** Arbeitsorganisation und Führungskultur, in: Jacobs, Klaus/Kuhlmey, Adelheid/Greif, Stefan/Klauber, Jürgen/Schwinger, Antje (Hg.): Pflege-Report 2019 – Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?, Berlin, S.123-136
- Daum, Mario (2017):** Digitalisierung und Technisierung der Pflege in Deutschland. Aktuelle Trends und ihre Folgewirkungen auf Arbeitsorganisation, Beschäftigung und Qualifizierung, Studie im Auftrag der DAA-Stiftung Bildung und Beruf, Stuttgart.
- Daum, Mario/Kolb, Jonas (2022):** Die Digitalisierung der Pflege in Deutschland – Status quo, Digitale Transformation und Auswirkungen auf Arbeit, Beschäftigte und Qualifizierung, Follow-Up Studie im Auftrag der DAA-Stiftung Bildung und Beruf, Stuttgart.
- Destatis (2021a):** Altenpflegekräfte arbeiten sehr häufig in Teilzeit, Pressemitteilung Nr. N068 vom 8. Dezember 2021, url: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/12/PD21_N068_2313.html (Abruf am 10.02.2025).
- Destatis (2021b):** Löhne in der Pflege: Bruttoverdienste von Fachkräften in Krankenhäusern und Heimen 2020 rund ein Drittel höher als 2010, Pressemitteilung Nr. N 032 vom 11. Mai 2021, url: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2021/05/PD21_N032_622.html (Abruf am 10.02.2025).
- Destatis (2023a):** Zahl der Beschäftigten in ambulanten Pflegediensten binnen 20 Jahren mehr als verdoppelt, Pressemitteilung Nr. N029 vom 11. Mai 2023, url: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2023/05/PD23_N029_23.html (Abruf am 10.02.2025).
- Destatis (2023b):** Pflegevorausberechnung: 1,8 Millionen mehr Pflegebedürftige bis zum Jahr 2055 zu erwarten, Pressemitteilung Nr. 124 vom 30. März 2023, url: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/n/2023/03/PD23_124_12.html?nn=208696 (Abruf am 10.02.2025).

- Destatis (2024a):** Gesundheitspersonal nach Einrichtung und Geschlecht im Zeitverlauf, url: <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=23621-0001&zeitscheiben=10#abreadcumb> (Abruf am 10.02.2025).
- Destatis (2024b):** Pflegestatistik, Pflegeheime und ambulante Pflegedienste, url: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegeeinrichtungen-deutschland.html> (Abruf am 10.02.2025).
- Destatis (2024c):** Pflegestatistik, Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrade, url: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Tabellen/pflegebeduerftige-pflegestufe.html> (Abruf am 10.02.2025).
- Destatis (2024d):** Rund 407 000 Personen erhielten im Laufe des Jahres 2023 Hilfe zur Pflege, url: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Sozialhilfe/empfaenger-hilfe-pflege.html> (Abruf am 10.02.2025).
- Destatis (2024e):** 3 % mehr neu abgeschlossene Ausbildungsverträge in der Pflege im Jahr 2023, Pressemitteilung Nr. 125 vom 27. März 2024, url: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/03/PD24_125_212.html (Abruf am 10.02.2025).
- Destatis (2024f):** Pflegevorausberechnung, Berichtszeitraum 2024 bis 2070, Statistischer Bericht, EVAS Nummer 12421.
- Destatis (2024g):** Teilzeitquote erneut leicht gestiegen auf 31 % im Jahr 2023, Pressemitteilung Nr. N017 vom 26. April 2024, url: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/04/PD24_N017_13.html (Abruf am 10.02.2025).
- Destatis (2024h):** Pflegestatistik – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung 2023, EVAS Nummern 22411, 22412 und 22421, url: https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Pflege/Publikationen/_publikationen-innen-pflegestatistik-deutschland-ergebnisse.html (Abruf am 10.02.2025).
- Destatis (2025):** Pflegekräftevorausberechnung, url: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsvorausberechnung/pflegekraeftevorausberechnung.html> (Abruf am 10.02.2025).
- Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe (2023):** Die Situation im Nachtdienst in der Langzeitpflege, Erste Ergebnisse aus der bundesweiten DBfK-Umfrage vom 23.9. – 31.10.2023, Berlin.

- Deutscher Bundestag (2023):** Datenschutz und IT-Sicherheit bei der elektronischen Patientenakte, Bt.-Drs. 20/7896 vom 24.7.2023.
- Deutscher Pflegering (o. D.):** Kosten ambulanter Pflegedienst. url: <https://www.pflegering.de/glossar/kosten-ambulanter-pflegedienst/> (Abruf am 10.2.2025).
- DEVAP (2023):** Auswertung DEVAP Umfrage 2023 zur Versorgungssicherheit in der Langzeitpflege, Unterlagen zur Pressekonferenz am 9. Mai 2023, Deutscher Evangelischer Verband für Altenarbeit und Pflege e.V., Berlin.
- Ernst, Ekkehard/Feist, Lisa (2024):** Tomorrow at Work: The Age of Short-ages, in: *Intereconomics*, Vol. 59, No. 3, S.125-131.
- Evans, Michaela/Kemper, Jessica/Kucharski, Alexander/Seyda, Susanne/Pierenkemper, Sarah/Hickmann, Helen (2022):** Gestaltungspfade und Gestaltungspraxis der Digitalisierung in der Altenpflege in NRW, *Forschung Aktuell*, Nr. 04/2022, Institut Arbeit und Technik (IAT), Gelsenkirchen.
- Fregin, Marie-Christine/Koch, Theresa/Malfertheiner, Verena/Özgül, Pelin/Stops, Michael (2023):** Künstliche Intelligenz und Software – Beschäftigte sind unterschiedlich betroffen, IAB-Kurzbericht Nr. 21/2023, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nürnberg.
- Frommeld, Deborah/Scorna, Ulrike/Haug, Sonja/Weber, Karsten (Hg.) (2021):** Gute Technik für ein gutes Leben im Alter? Akzeptanz, Chancen und Herausforderungen altersgerechter Assistenzsysteme, Bielefeld.
- Grienberger, Katharina/Matthes, Britta/Paulus, Wiebke (2024):** Vor allem Hochqualifizierte bekommen die Digitalisierung verstärkt zu spüren, IAB-Kurzbericht Nr. 5/2024, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nürnberg.
- Hahnel, Elisabeth/Pörschmann-Schreiber, Ulrike/Braeseke, Grit/Linggott, Nina/Oehse, Isabelle. (2021):** Verbesserte Koordinierung in der ambulanten Pflege, Zwischenbericht, IGES Institut GmbH, Berlin.
- Hahnel, Elisabeth/Pörschmann-Schreiber, Ulrike/Braeseke, Grit/Oehse, Isabelle (2022):** Effizienzpotentiale einer verbesserten Koordinierung in der ambulanten Pflege, Handlungsleitfaden, IGES Institut GmbH, Berlin.
- Haumann, Wilhelm (2024):** Bevölkerungsbefragung: Kernfragen der Pflege, in: Klie, Thomas (2024): *Pflegereport 2024. Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege – Beruflich Pflegende im Fokus*, DAK-Gesundheit, Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Band 47, S.29-65.

- Heger, Dörte (2021):** Wachstumsmarkt Pflege, in: Jacobs, Klaus/Kuhlmey, Adelheid/Greß, Stefan/Klauber, Jürgen/Schwinger, Antje (Hrsg.) (2021): Pflege-Report 2021 – Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen, Berlin, S.145-156.
- Hildebrandt, Susanne/Dehl, Terese/Zich, Karsten/Nolting, Hans-Dieter (2023):** Gesundheitsreport 2023 – Analyse der Arbeitsunfähigkeiten Gesundheitsrisiko Personalmangel: Arbeitswelt unter Druck, DAK-Gesundheit, Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Band 44, Hamburg.
- Hoose, Fabian/Schneiders, Katrin/Schönauer, Anna-Lena (2021):** Von Robotern und Smartphones – Stand und Akzeptanz der Digitalisierung im Sozialsektor, in: Maik Wunder (Hrsg.): Digitalisierung und Soziale Arbeit – Transformationen und Herausforderungen, Bad Heilbrunn, S.97-109.
- Huter, Kai/Krick, Tobias/Domhoff, Dominik/Seibert, Kathrin/Wolf-Ostermann, Karin/Rothgang, Heinz (2020):** Effectiveness of Digital Technologies to Support Nursing Care: Results of a Scoping Review, in: Journal of Multidisciplinary Healthcare, No. 13/2020, S.1905-1926.
- Institut DGB-Index Gute Arbeit/Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft (Hrsg.) (2018):** Arbeitsbedingungen in der Alten- und Krankenpflege. So beurteilen die Beschäftigten die Lage, Ergebnisse einer Sonderauswertung der Repräsentativumfragen zum DGB-Index Gute Arbeit, Berlin.
- Institut für Demoskopie Allensbach (2024):** Die berufliche Situation von Pflegefachkräften 2023 – Ergebnisse einer Online-Umfrage unter Mitgliedern der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz. Allensbacher Archiv, IfD-Umfrage 9237, November 2023, Allensbach am Bodensee.
- Isfort, Michael/Gessenich, Helga Tucman, Daniel (2022):** Berufseinmündung und Berufsverbleib in der Pflege in NRW. Eine Analyse der Einstiegs-, Bindungs- und Haltefaktoren im Berufsfeld der Pflege einschließlich der Ermittlung relevanter Gehaltsstrukturen und -daten, Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V., Köln.
- Jacobs, Klaus/Kuhlmey, Adelheid/Greß, Stefan/Klauber, Jürgen/Schwinger, Antje (Hrsg.) (2020):** Pflege-Report 2019 – Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?, Berlin.
- Jacobs, Klaus/Kuhlmey, Adelheid/Greß, Stefan/Klauber, Jürgen/Schwinger, Antje (Hrsg.) (2021):** Pflege-Report 2021 – Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen, Berlin.

- Klapper, Bernadette/Tackenberg, Peter (2022):** Für eine Zukunft der Pflegeberufe: Herausforderungen und Chancen, in: Knieps, Franz/Pfaff, Holger (Hrsg.): Pflegefall Pflege?, BKK Gesundheitsreport 2022, BKK Dachverband e. V., Berlin, S.354-358.
- Klie, Thomas (2024a):** Pflegereport 2024. Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege – Beruflich Pflegende im Fokus, DAK-Gesundheit, Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Band 47, Hamburg/Freiburg.
- Klie, Thomas (2024b):** Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege – Beruflich Pflegende im Fokus: Befunde, Analysen und Perspektiven, in: Klie, Thomas (2024): Pflegereport 2024. Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege – Beruflich Pflegende im Fokus, DAK-Gesundheit, Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Band 47, Hamburg/Freiburg, S.1-28.
- Knieps, Franz/Pfaff, Holger (Hrsg.) (2022):** Pflegefall Pflege?, BKK Gesundheitsreport 2022, BKK Dachverband e. V., Berlin.
- Koebe, Josefine/Samtleben, Claire/Schrenker, Annekatrin/Zucco, Aline (2020):** Systemrelevant, aber dennoch kaum anerkannt: Entlohnung unverzichtbarer Berufe in der Corona-Krise unterdurchschnittlich, DIW Aktuell Nr.48/2020, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin.
- Kuhlmey, Adelheid/Blüher, Stefan/Nordheim, Johanna/Zöllick, Jan (2019):** Technik in der Pflege – Einstellungen von professionell Pflegenden zu Chancen und Risiken neuer Technologien und technischer Assistenzsysteme. Abschlussbericht für das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP), Berlin.
- Laschet, Helmut (2013):** „Versorgungslandschaft Pflege“ – Neues IV-Projekt für bessere Heimversorgung, in: ÄrzteZeitung v. 26.3.2013, url: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Neues-IV-Projekt-fuer-bessere-Heimversorgung-266932.html> (Abruf am 10.02.2025).
- Laschet, Helmut (2020):** Arbeitsproduktivität in Medizin und Pflege steigt beträchtlich, in: ÄrzteZeitung vom 20.5.2020, url: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Arbeitsproduktivitaet-in-Medizin-und-Pflege-steigt-betr-aechtlich-409631.html> (Abruf am 10.02.2025).
- Lenzen, Julia/Becka, Denise/Evans, Michaela (2023):** Präferenzordnungen von beruflich Pflegenden in NRW – Impulse für Strategien zur Fachkräftesicherung, IAT Forschung Aktuell, Ausgabe 08/2023, Gelsenkirchen.
- Lenzen, Julia/Evans-Borchers, Michaela (2024):** Tarifgerechte Entlohnung in der Pflege im Spiegel der Attraktivität des Pflegeberufs, IAT Forschung Aktuell, Ausgabe 04/2024, Gelsenkirchen.

- Lewin, Philip/Mähs, Mareike/Wendel, Pascal/Zeptner, Marco/Hildebrandt, Helmut (2024):** Pflegende Baby-Boomer im Lichte der Routinedaten, in: Klie, Thomas (2024): *Pflegereport 2024. Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege – Beruflich Pflegende im Fokus*, DAK-Gesundheit, Beiträge zur Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Band 47, Hamburg/Freiburg, S.66-90.
- Melzer, Marlen (2020):** Arbeitssituation und Gesundheit beruflich Pflegender, in: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2020). *Stressreport Deutschland 2019 – Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden*, Dortmund, S.136-145.
- Moser, Julia/Ingenfeld, Phoebe/Zeibig, Robert/Zink, Maria/Hünefeld, Lena/Möller, Helene/Rösler, Ulrike (2024):** Arbeit und Gesundheit bei Erwerbstätigen im Bereich der personenbezogenen Dienstleistungen, *baua fokus*, Juni 2024, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund.
- O.V. (2023):** Vereinbarung nach § 105 Abs. 2 Satz 2 SGB XI über Einzelheiten der Übermittlung elektronischer Dokumente im Datenaustausch für die Abrechnung ambulanter Pflegesachleistungen, url: <https://www.gkv-datenaustausch.de/leistungserbringer/pflege/pflege.jsp> (Abruf am 10.02.2025).
- O.V. (2024a):** Ruhrgebietskonferenz Pflege: „Pflege-Triage droht“, WDR.de vom 26.2.2024, url: <https://www1.wdr.de/nachrichten/ruhrgebiet/pflege-triage-gipfel-in-gelsenkirchen-100.html> (Abruf am 10.02.2025).
- O.V. (2024b):** Regierung verteidigt Bürgergeld-Regelung für Ukrainer, in: tagesschau.de vom 17.6.2024, url: <https://www.tagesschau.de/inland/innenpolitik/buergergeld-ukraine-fluechtlinge-106.html> (Abruf am 10.02.2025).
- O.V. (2024c):** Ambulante Pflegedienste in Deutschland – Marktforschung, Kennzahlen, Statistiken, Studien und Analysen, IBISWorld Bericht Q88.10DE vom 31.10.2024, url: <https://www.ibisworld.com/de/branche/nreporte/ambulante-pflegedienste/1399/> (Abruf am 10.02.2025).
- Petersen, Julia/Melzer, Marlen (2022):** Belastungs- und Beanspruchungssituation in der ambulanten Pflege, *baua Fokus* Juni 2022, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund.
- Pöser, Stephanie/Bleses, Peter (2018):** Digitalisierung der Arbeit in der ambulanten Pflege im Land Bremen: Praxis und Gestaltungsbedarfe digitaler Tourenbegleiter, *Reihe Arbeit und Wirtschaft in Bremen*, Nr. 25.

- Remmert, Anja (2024):** Zum Stand der Digitalisierung und zum Anschluss an die Telematikinfrastruktur in der Diakonie in Pflegeeinrichtungen und Pflegediensten, Diakonie Deutschland, Berlin.
- Rennert, Dirk/Kliner, Karin/Richter, Matthias (2022):** Arbeitsunfähigkeit, in: Knieps, Franz/Pfaff, Holger (Hrsg.): Pflegefall Pflege?, BKK Gesundheitsreport 2022, BKK Dachverband e. V., Berlin, S.95-166.
- Richter, Jochen/Fischer, Sabine (2024):** Kosten steigen – Renditen sinken: Pflegeeinrichtungen unter Druck, Pflegemarkt.com, url: <https://www.pflegemarkt.com/fachartikel/kosten-steigen-renditen-sinken-pflegeeinrichtungen-unter-druck/#> (Abruf am 10.02.2025).
- Riemer, Julia/Wischniewski, Sascha (2023):** Long-term effects and user acceptance of back-support exoskeletons in the workplace, in: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, Nr.77, S.685-691.
- Rothgang, Heinz/Müller, Rolf/Preuß, Benedikt (2020):** Barmer Pflege-report 2020 – Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen, Barmer Institut für Gesundheitsforschung, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 26, Berlin.
- Rothgang, Heinz/Müller, Wolfgang (2023):** Barmer Pflegereport 2023 – Pflegebedürftige im Krankenhaus, Barmer Institut für Gesundheitsforschung, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 44, Berlin.
- Schablon, Anja/Wendeler, Dana/Kozak, Agnessa/Nienhaus, Albert/Steinke, Susanne (2019):** Belastungen durch Aggression und Gewalt gegenüber Beschäftigten der Pflege- und Betreuungsbranche in Deutschland – ein Survey, in: Angerer, Peter/Gündel, Harald/Brandenburg, Stephan/Nienhaus, Albert/Letzel, Stephan/Nowak, Dennis (Hrsg.): Arbeiten im Gesundheitswesen. Psychosoziale Arbeitsbedingungen – Gesundheit der Beschäftigten – Qualität der Patientenversorgung, Landsberg am Lech, S.86-105.
- Schmucker, Rolf (2019):** Arbeitsbedingungen in Pflegeberufen – Ergebnisse einer Sonderauswertung der Beschäftigtenbefragung zum DGB-Index Gute Arbeit, in: Jacobs, Klaus/Kuhlmey, Adelheid/Greß, Stefan/Klauber, Jürgen/Schwinger, Antje (Hg.): Pflege-Report 2019 – Mehr Personal in der Langzeitpflege – aber woher?, Berlin, S.49-60.
- Schober, Gottlob (2023):** Triage in der Pflege? Heimleiter und Fachleute schlagen Alarm, tagesschau.de vom 20.6.2023, url: <https://www.tagesschau.de/inland/gesellschaft/pflege-triage-100.html> (Abruf am 10.02.2025).

- Scorna, Ulrike (2021):** Digitale Technik in der ambulanten und stationären Pflege – Eine Interviewstudie zum Einfluss des Pflegepersonals auf die Einführung digitaler Assistenzsysteme, in: Frommeld, Deborah/Scorna, Ulrike/Haug, Sonja/Weber, Karsten (Hg.): Gute Technik für ein gutes Leben im Alter? Akzeptanz, Chancen und Herausforderungen altersgerechter Assistenzsysteme, Bielefeld, S.215-232.
- Senghaas, Monika/Struck, Olaf (2023):** Arbeits- und Personalsituation in der Alten- und Krankenpflege. Wie beurteilen Beschäftigte und Führungskräfte Belastungsfaktoren, Ressourcen und Handlungsmöglichkeiten?, IAB Forschungsbericht Nr.8/2023, Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, Nürnberg.
- Seyda, Susanne/Pierenkemper, Sarah/Becka, Denise/Cramer, Elena/Kemper, Jessica (2022):** Digitale Kompetenzen in der Altenpflege, IW-Trends 4-2022, Institut der Deutschen Wirtschaft, Köln.
- Sozialpolitik-Aktuell.de (2024):** Ambulante und stationäre Pflegedienste nach Trägern 2021, url: https://www.sozialpolitik-aktuell.de/files/sozialpolitik-aktuell/_Politikfelder/Gesundheitswesen/Datensammlung/Vorschau-Dateien/abbVI56_57.png (Abruf am 10.02.2025)
- Statista (2025):** Auslastung der verfügbaren Pflegeplätze in deutschen Pflegeheimen nach Art der Pflege in den Jahren 2013 bis 2023, url: <https://de.statista.com/statistik/daten/studie/412564/umfrage/pflegeheime-auslastung-der-pflegeplaetze-nach-art-der-pflege/> (Abruf am 10.02.2025).
- Stemmer, Renate (2021):** Beruflich Pflegende – Engpass oder Treiber von Veränderungen?, in: Jacobs, Klaus/Kuhlmey, Adelheid/Greß, Stefan/Klauber, Jürgen/Schwinger, Antje (Hrsg.) (2021): Pflege-Report 2021 – Sicherstellung der Pflege: Bedarfslagen und Angebotsstrukturen, Berlin, S.173-184.
- Techniker Krankenkasse (Hrsg.) (2024):** Gesundheitsreport 2024 – Fachkräftemangel: Was hält die Generation 50+ im Job?, Hamburg.
- von Hallern, Hauke (2023):** Mit Roboter Greta gegen den Fachkräftemangel in der Pflege, NDR.de, url: <https://www.ndr.de/nachrichten/schleswig-holstein/Mit-Roboter-Greta-gegen-Fachkraeftemangel-in-der-Pflege,roboter784.html> (Abruf am 10.02.2025).
- Weber, Karsten (2021):** Altersgerechte Assistenzsysteme: Ein Überblick, in: Frommeld, Deborah/Scorna, Ulrike/Haug, Sonja/Weber, Karsten (Hg.) (2021): Gute Technik für ein gutes Leben im Alter? Akzeptanz, Chancen und Herausforderungen altersgerechter Assistenzsysteme, Bielefeld, S.27-64.

Wissenschaftliches Institut der AOK (2024): Entwicklung der Eigenanteile in der vollstationären Pflege, url: <https://www.wido.de/forschungsprojekte/pflege/finanzierung-der-pflege/entwicklung-eigenanteile/> (Abruf am 10.02.2025).

Wunder, Maik (Hrsg.): Digitalisierung und Soziale Arbeit – Transformationen und Herausforderungen, Bad Heilbrunn.

