

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 Haushaltshilfe 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 Digitalisierungsinseln“ genannt. Sie sind zu unterscheiden von „externen Digitalisierungsinseln“, 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 Effizienzzuwachsen, sondern auch zu verbesserten Arbeitsbedingungen in der Langzeitpflege und zu einer Erhöhung der Lebensqualität der Pflegeempfangenden 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 Effizienzzuwachsen 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 Frictionen 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 verschiedene 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 minimalbesetzter 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.

- *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 Pflegeverrichtungen 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 Pflegeverrichtung zuständigen „Erfüllungsgehilfen“ anderer Gesundheitsleistungserbringer reduziert zu werden.¹⁶ Hierin

¹⁶ So z. B. auch der Dachverband der Betriebskrankenkassen, der davon spricht, dass „die *Infantisierung 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, Telematikinfrastruktur 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 fraktionsfrei 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 Pflichtanbindung 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 Pflichtanbindung 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 Pflichtanbindung 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 Hauptproblermbereiche 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 Pflegetechnologien (Kapitel 6.5.2.) und die Größe 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 Leitfadeninterviews 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 Pflegetechnologien in der Langzeitpflege (Kapitel 8.4.) und Hinderungsfaktoren für den Einsatz digitaler Pflegetechnologien 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 freimeinnützige (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 Vorrangs der (ggf. unterstützten) häuslichen vor der stationären Pflege zurückzuführen. So hat die Veränderung des Pflegebedürftigkeits-Begutachtungsverfahrens („Neues Begutachtungssessment“) 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 Pflegewerterentwicklungsgesetz (2008) und das Pflege-Neuausrichtungsgesetz (2012) enthielten Regelungen, die es ermöglichen, 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 zur 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 Geregelt 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 Neu- aufnahmen zurückzustellen. Dies befördert, in Verbindung u. a. mit steigenden Personalkosten, Immobilien- und Energiepreisen aufgrund ausbleibender Erlöse, wirtschaftliche Schieflagen 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 absehbare 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 besorgnisregende 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) negativeren 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 Barthmann (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 Pflegeempfänger 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 Pflegeempfängerinnen 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.