

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 über 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 Erwerbstägen 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 Erwerbstägen. 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 Pflegeberufegesetzes eingesetzt werden (können), was im Laufe der Zeit zu Dequalifizierung und zu einer Verschwendug von Humankapital führt.

Arbeitsorganisation: Wochendarbeit, 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 Pflegeminstdestlohns 2021 und insbesondere durch das 2022 in Kraft getretene Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz (häufig auch als Tariftreuegesetz 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 ausführliche 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 Pflegeempfängenden. Dieser Funktionsbereich umfasst alle Digitalisierungstechnologien, die sich auf die Unterstützung der Lebensführung von Pflegeempfängenden auswirken, ohne das 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. Bezuglich 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 betriebli-

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.

