

Julia Bringmann, Michaela Evans-Borchers

Die digitale Dividende in der Pflege

Warum sie nicht ankommt, und was wir dagegen tun können

Digitale und KI-basierte Anwendungen sollen Pflegekräfte entlasten. Jedoch ist das nicht automatisch gewährleistet: Den Kliniken, ambulanten Diensten und Einrichtungen der stationären Langzeitpflege fehlt oft das Wissen, welche Anwendungen Zeit sparen und wie diese erfolgreich bei knappen finanziellen und personellen Ressourcen in den Arbeitsalltag integriert werden können. Um für eine Dividende der Digitalisierung in der Pflege zu sorgen, ist es daher wichtig, die Wirksamkeit von Anwendungen gezielt auf Entlastung zu prüfen und diese Erkenntnisse der Pflegepraxis zugänglich zu machen. Bewährte Anwendungen sind umfassend zu fördern. Gleichzeitig benötigt die ambulante und stationäre Pflege Unterstützung, um Fehlwirkungen von Digitalisierungsprojekten zu vermeiden. Die regionale Bündelung von Ressourcen unterstützt bei der Umsetzung entlastungsförderlicher Digitalisierung.

EINLEITUNG

Der Bedarf an Pflegekräften wird bis 2049 bundesweit erheblich steigen, gleichzeitig droht auf dem Arbeitsmarkt eine Verschärfung des Pflegefachpersonalmangels: Mit einer Lücke von bis zu 690.000 Pflegekräften in Krankenhäusern, Pflegeheimen und ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten werden Strategien dringlicher, um die Versorgungsqualität zu halten und für die Entlastung von Pflegekräften zu sorgen (Destatis 2024). Ursächlich sind sowohl die steigende Nachfrage nach professionellen Pflegedienstleistungen aufgrund des demografischen Wandels, das Mismatch von Angebot und Nachfrage nach Pflegefachpersonal sowie altersbedingte Renteneintritte. Es drohen Kipppunkte auf regionalen Pflegearbeitsmärkten: Ende der 2020er Jahre werden altersbedingte

Austritte aus dem Pflegeberuf in vielen Regionen voraussichtlich nicht mehr durch Absolvent_innen von Pflegefachschulen ersetzt werden können (Klie 2024: 258ff.). Bereits heute sorgt der Fachkräftemangel in der Pflege für Einbußen bei der Versorgung von Pflegebedürftigen und Patient_innen (Sozialverband VdK 2024), zugleich ist der Krankenstand in der Pflege auf einem Höchststand (Techniker Krankenkasse 2024). Pflegekräfte reduzieren angesichts des hohen Zeitdrucks ihre Arbeitszeit oder gehen früher in Rente (Rothgang et al. 2020: 212ff.), was den bereits vorhandenen Personalmangel zusätzlich verschärft. Für die Sicherung von Versorgungs- und Arbeitsqualität in der Pflege braucht es daher dringend wirksame Entlastungsstrategien (Braeseke 2024; Auffenberg et al. 2023).

Digitale und KI-basierte Anwendungen sind ein zentraler Bestandteil solcher Strategien, denn sie eröffnen das Potenzial einer „digitalen Dividende“¹, das heißt, sie können arbeits- und versorgungsbezogene Mehrwerte für die professionelle Pflege bieten. Ziel ist es, den Arbeitsaufwand insbesondere bei Routineaufgaben und -tätigkeiten zu reduzieren, Pflegekräfte so zu entlasten und mehr Zeit für die Patientenversorgung zu schaffen (SVR-Gesundheit und Pflege 2024: 148ff.). Die Studienlage zeigt, dass Pflegekräfte der Nutzung digitaler Anwendungen aufgeschlossen gegenüberstehen (BMG 2023a). Insbesondere Einrichtungen der stationären und ambulanten Langzeitpflege zögern jedoch oft, in solche Lösungen zu investieren, da die Einführung mit vielen Hürden verbunden ist (siehe folgende Ausführungen sowie Lutze et al. 2021: 137f.). Der Krankenhaussektor hat durch das Krankenhauszukunftsgesetz (KHZG) einen Digitalisierungsschub erlebt. Ob dieser zu Entlastung oder zu Mehrarbeit für Pflegekräfte geführt hat, ist uneindeutig (Bringmann/Evans-Borchers 2024). Insofern ist festzuhalten: Es besteht dringender Handlungsbedarf, um das Potenzial einer „digitalen Dividende“ in allen Settings festzustellen und zu fördern.

Das vorliegende Impulspapier spricht hierzu Empfehlungen aus, die sich u. a. an Abgeordnete im Bundestag und den Landtagen, an Entscheider_innen im Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und im Bundesministerium für Arbeit

und Soziales (BMAS) sowie im Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV) richten. Ebenfalls adressiert das Papier zuständige Ministerien in den Ländern, „Landeskompetenzzentren Digitalisierung und Pflege“, Sozialpartner, Leistungserbringer und deren Trägerverbände, den Deutschen Pflegerat (DPR) und Berufsverbände der Pflege sowie Forschungseinrichtungen, Verbände der Digitalwirtschaft sowie natürlich auch Pflegebedürftige und ihre An- und Zugehörigen und vor allem auch die Pflegekräfte selbst.

Das Impulspapier ist das Ergebnis des Projekts „Wie kommen wir zu einer Digitalen Dividende in der Pflege? Die Digitale Transformation im Sinne der Beschäftigten gestalten“ der Friedrich-Ebert-Stiftung. Im Rahmen von drei Fachgesprächen diskutierten Vertreter_innen von Politik, Verbänden, Wissenschaft und der Pflegepraxis, wie Krankenhäuser, Einrichtungen der stationären Langzeitpflege und ambulante Pflegedienste dabei unterstützt werden können, eine echte digitale Dividende zu realisieren, die Entlastung schafft.

Knapp zusammengefasst gilt es, den Nutzen digitaler Anwendungen zu belegen, ihre Finanzierung adäquat auszugestalten und die Akzeptanz seitens der Beschäftigten durch erfahrbare Mehrwerte digitaler Anwendungen im Versorgungs- und Arbeitsalltag zu stärken. Um Digitalisierung und den Einsatz von KI als Zeitgewinne für Beschäftigte möglich und erfahrbar zu machen, werden im Folgenden vier Handlungsfelder identifiziert sowie kurz-, mittel- und langfristige Handlungsoptionen benannt.² Die Befunde und Empfehlungen zielen im Regelfall auf alle drei Settings, also auf Krankenhäuser, stationäre und ambulante Langzeitpflege. Richten sie sich nur an ein Setting, wird dies explizit benannt. Um einen einfachen Lesefluss zu gewährleisten, wird mitunter nur von digitalen Anwendungen geschrieben. Es sind jedoch immer digitale und KI-basierte Anwendungen gemeint.

HANDLUNGSFELD I: EVIDENZLÜCKE(N) SCHLIESSEN

Nutzennachweise und ein qualitätsgesicherter Transfer nutzestiftender digitaler Technologien in die pflegerische Versorgungspraxis sind zentrale Schlüssel der Förderung passgenauer digitaler Lösungen (BMG 2023b: 39). Zentrales Ziel muss es daher sein, die wissenschaftliche Evaluation und Nutzenbewertung digitaler Lösungen für die Pflegepraxis voranzutreiben sowie die Qualitätssicherung bei der Nutzung digitaler Technologien in der Pflege durch die Entwicklung von Qualitätsstandards und -kriterien für die Implementation und Nutzung zu unterstützen (Deutscher Bundestag 2024: 8).

Allerdings besteht derzeit eine Lücke zwischen den Erwartungen an die entlastende Wirkung digitaler und KI-basierter Anwendungen und den tatsächlichen Nachweisen über ihre Wirksamkeit in der Pflegepraxis in Deutschland (Wolf-Ostermann/Rothgang 2024: 6). Die wenigen vorhandenen internationalen und nationalen Befunde zu realisierten Zeitgewinnen und ihrer Zeitverwendung in Pflegeprozessen sind zudem ambivalent. Der Einsatz digitaler Anwendungen kann kurz- und mittelfristig sowohl zu Zeitgewinnen als auch -verlusten für beruflich Pflegenden führen (Bringmann/Evans-Borchers 2024).

Neben dem Mangel an wissenschaftlichen Wirkungsbelegen werden zudem die Einbettung digitaler Technologien in settingspezifische Pflegeprozesse und deren Implikationen für organisationsbezogene Gestaltungsanforderungen oftmals vernachlässigt (Rupert/Hassler 2024). Die Evaluation des Modellprogramms zur Einbindung der Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur³ nach § 125 SGB XI hat gezeigt, dass die Schaffung der nötigen technischen Infrastruktur, die Kommunikation mit dem Primärsystemanbieter, die Stabilität der Anwendung, hinreichender zeitlicher Support für Einrichtungen bei der Technikimplementierung, die Einbettung von Anwendungen in bestehende Organisationsprozesse sowie der Schulungs- und Einarbeitungsaufwand zentrale Herausforderungen im Hinblick auf die Praktikabilität digitaler Anwendungen sind (Beckmann/Ebert 2024).

Insofern sind zentrale Herausforderung zur Sicherung der digitalen Dividende anwendungsspezifische Nutzennachweise und die dazugehörigen settingspezifischen Gestaltungsanforderungen.

KURZFRISTIG: ERFAHRUNGEN AUS BETRIEBLICHEN UND REGIONALEN DIGITALISIERUNGSPROJEKTEN BÜNDELN

Um dies zu erreichen, ist mehr Aufmerksamkeit für konkrete Erfahrungen in der Pflegepraxis notwendig. Es kann noch stärker bereits vorhandenes betriebliches Wissen für entlastungsförderliche Digitalisierung gehoben und systematisiert werden. Hierfür kann das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) in Kooperation mit den Ländern das Wissen von betrieblichen und regionalen Innovationsräumen (z. B. betriebliche Digital Health Innovation Hubs, Pflegepraxiszentren, Gesundheitsregionen) zusammentragen bzw. entsprechende Initiativen fördern. Für den Bereich der Langzeitpflege bietet es sich zudem an, Erfahrungswissen unter dem Dach des „Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege“ (§ 125b SGB XI), angesiedelt beim GKV-Spitzenverband, zu bündeln. Hier sollte insbesondere die Frage thematisiert werden, wie Einrichtungen ihre Digitalstrategie konkret umsetzen: Welche Ziele werden avisiert? Welche Maßnahmen werden umgesetzt? Wie wird das Change-Management organisiert, und welche Wirkungen und erfahrbaren Mehrwerte aus Beschäftigtensicht hat der Einsatz digitaler Anwendungen? Für die Begleitung der Arbeit des Kompetenzzentrums ist vorgesehen, im Einvernehmen mit dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG), einen Beirat einzurichten (Deutscher Bundestag 2024: 11). Das avisierte Ziel, Digitalisierungsstrategien im Hinblick auf Zeitgewinne und Entlastung zu realisieren, erfordert die konsequente Berücksichtigung der Perspektive der Arbeitnehmer_innen auch im Beiratsgremium.

Ein entsprechendes Erfahrungswissen- und Innovations-Mapping kann ein wichtiger Teil des Programms von Gesundheitsregionen, also gesundheitsbezogenen regionalen Netzwerken, sein (siehe Handlungsfeld II). Aufgrund ihrer Partner- und Vernetzungsstrukturen können sie systematisch Erfahrungswissen- und Innovations-Mapping initiieren und den Aufbau regionaler Transferräume unterstützen. Ziel ist es, Erfahrungswerte und Messungen zu Zeitgewinnen, -verlusten und -verwendung aus Pilotierungsphasen unter Nutzung von Indikatorensystemen (siehe unten) zu systematisieren.

Die Weitergabe betrieblicher Erfahrungswerte ermöglicht es gerade kleineren Kliniken oder kleineren Einrichtungen und Diensten der Langzeitpflege, die über wenig digitalisierungsbezogenes Wissen und Ressourcen verfügen, wirksame Anwendungen und die Gelingensbedingungen ihrer Implementierung im Regelbetrieb zu identifizieren. Diese Wissensweitergabe ließe sich settingspezifisch organisieren, um den unterschiedlichen Versorgungsarten und den Kontextspezifika der Einrichtungen (z. B. Größe, Leistungsspektrum, Beschäftigten- und Qualifikationsstruktur) und der Pflegeprozesse gerecht zu werden. Auch hier könnten Gesundheitsregionen als Transfervverbände eine tragende Rolle spielen, indem sie Kontaktnetze und Erfahrungsräume unter Einrichtungen unterschiedlicher Größe und Ressourcen etablieren. Durch den Wissenstransfer erhalten gerade kleinere und mittelgroße Einrichtungen Orientierung bei der Auswahl der Anwendungen und der Gestaltung der Veränderungsprozesse.

Mit dem „Pflegetzwerk Deutschland“ existiert zudem eine bundesweite Plattform von Pflegeeinrichtungen und -entscheider_innen, die für einen systematischen und bedarfsgerechten Wissenstransfer zu arbeitsentlastenden Digitalstrategien für die Pflege nutzbar gemacht werden kann.

KURZFRISTIG: METASTUDIEN UND MONITORING FÖRDERN

Um bereits vorhandene wissenschaftliche Befunde zu Zeitgewinnen, -verlusten und Zeitverwendung zu bündeln, ist eine Metaanalyse von digital gestützten Versorgungsforschungsprojekten in Deutschland sinnvoll. Metaanalysen ermöglichen es, besser zu verstehen, welche Effekte digitale Anwendungen im Durchschnitt und angesichts unterschiedlicher Kontextbedingungen der Pflegepraxis auf Arbeits- und Versorgungsqualität haben. Beispielhaft für einen solchen noch nicht gehobenen Datensatz sind Projekte des Innovationsfonds des G-BA (SGB V), in denen (auch: sektorübergreifend) digital gestützte Versorgungskonzepte realisiert wurden und werden. Auch das neu geschaffene „Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege“ (nach § 125b SGB XI) könnte im Sinne seiner Funktion als Kompetenzzentrum entsprechende Metaanalysen beauftragen.

Das Monitoring der Mehrwerte von digitalen Anwendungen kann durch pflegespezifische Indikatorensysteme erleichtert werden. Man könnte sich hierbei zum Beispiel an den sogenannten „Patient-Reported Outcome Measures“ (PROMs)⁴ und „Patient-Reported Experience Measures“ (PREMs) orientieren, mit denen Patient_innenergebnisse in der Versorgungsforschung erfasst und bewertet werden. Analog dazu sollten im Sinne von „Nursing-Reported Outcome Measures“ und „Nursing-Reported Experience Measures“ pflegespezifische Indikatorensysteme für die Erhebung und Messung des Mehrwerts digitaler Anwendungen für Zeitgewinne und Zeitaufwendungen entwickelt und eingesetzt werden. „Outcome Measures“ zielen dabei auf messbare Effekte der Digitalisierung, z. B. hinsichtlich der Faktoren Zeitersparnis und Zeitverwendung für direkte und indirekte pflege- und patient_innenbezogene Tätigkeiten (Ressourcenverfügbarkeit und Ressourcenverteilung). „Experience Measures“ hingegen adressieren beispielsweise die Erfahrungen der Beschäftigten mit Implementationsprozessen sowie den subjektiv wahrgenom-

menen Nutzen digitaler Technologien im Versorgungsalltag. In den Fachgesprächen selbst wünschten sich Einrichtungen arbeits- und pflegewissenschaftlich validierte Indikatoren, die sie für eine vernünftige Erfolgsmessung mit Blick auf Entlastung nutzen können. In Teilen sind relevante Indikatoren zu Versorgungsqualität in den Pflegewissenschaften und Indikatoren zu Arbeitsqualität in den Arbeitswissenschaften und der Arbeitspsychologie zu finden (Bringmann/Evans-Borchers 2024; Dragano/Lunao 2020).⁵ Zu der Entwicklung ebensolcher Indikatoren können der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen (GKV-SV) und das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) im Rahmen von Modellprojekten Beiträge leisten. Für eine versorgungs- und arbeitspolitisch fundierte Gesamtstrategie können wichtige Impulse in diesem Kontext zudem durch die BAuA (Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin) und durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) gesetzt werden.

Für Innovationsfonds-Projekte veranlasst das BMG wissenschaftliche Auswertungen zur Effektivität mit dem Ziel der Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen und legt dem Deutschen Bundestag dazu – erstmals zum 30.6.2028 – einen entsprechenden Bericht vor (§ 92a Absatz 5 SGB V). In diesem Zusammenhang sollten auch die Wirkungseffekte digital gestützter Pflegeprozesse im Hinblick auf Arbeitsentlastung und Versorgungsqualität berücksichtigt werden.

Angesichts diverser gesetzlicher Neuregelungen, die den Leistungsbereich des SGB XI betreffen (z. B. Pflegeunterstützungs- und Entlastungsgesetz; Digitale-Versorgung-und-Pflege-Modernisierungs-Gesetz) wäre in einem weiteren Schritt vonseiten des BMG zu überlegen, analog zum Berichtswesen für den G-BA Innovationsfond⁶ ein wissenschaftlich fundiertes Monitoring zum Umsetzungsstand und den Wirkungseffekten der Digitalisierung in der Pflege- und Betreuungspraxis aufzubauen. Denn angesichts der dynamischen Markt- und Produktentwicklung, einer Vielzahl von Projekten und Initiativen für Digitalstrategien in der Pflege und zugleich knapper finanzieller Mittel ist es dringend erforderlich, die Transparenz über Wirkungseffekte von Digitalstrategien im Hinblick auf Zeitgewinne, Arbeitsentlastung und Versorgungsqualität in der Pflege zu erhöhen.

MITTELFRISTIG: INDIKATOREN ZU ARBEITSQUALITÄT IN REGULATORY SANDBOXES⁷ FÜR KI INTEGRIEREN

Nicht allein die Quantifizierung des Mangels an Pflegefachpersonal, sondern alternative Versorgungsoptionen unter der Bedingung knapper Pflegepersonalressourcen werden künftig verstärkt Aufmerksamkeit benötigen. In diesem Zusammenhang lautet eine zentrale Forderung, dass die stetige Ausweitung von Nutzung und Akzeptanz künstlicher Intelligenz (KI) auch im Gesundheitswesen vorankommen und gefördert werden müsse (Bundesverband Medizintechnologie e.V. 2024). In der Pflege werden KI-Tools künftig nicht nur auf betrieblicher Ebene, sondern voraussichtlich auch in der regionalen Versorgungsbedarfsplanung, in der Pflegeprozess- und Pflegeversorgungssteuerung Anwendung finden (vgl. Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss o. J.). Zugleich entwickeln sich digital gestützte Tätigkeitsfelder für Pflegefachpersonen in der regionalen Versorgung weiter, etwa im Kontext

von Community Health Nursing⁸, Telepflege⁹ und -monitoring, indikationsspezifischen Lots_innentätigkeiten oder in der Pflegeberatung. Ausgehend hiervon ist die Frage zentral: „Wie können digitale Innovationen für die Pflege gefördert und gleichzeitig Sicherheit, Qualität und Wirksamkeit für Arbeitsunterstützung und -entlastung neuer KI-basierter Lösungen in der Pflegepraxis gewährleistet werden?“ Der EU AI Act sieht speziell für KI-basierte Systeme Regulatory Sandboxes vor, in denen diese unter Berücksichtigung verschiedener Risikokategorien und Sicherheitsvorgaben erprobt und evaluiert werden. Bislang ist die Evaluation jedoch überwiegend auf technische Dimensionen enggeführt. Um die Wirksamkeit von KI im Sinne der digitalen Dividende sicherzustellen, ist die Evaluation in Regulatory Sandboxes um Indikatoren der Versorgungs- und der Arbeitsqualität unter Nutzung der vorab skizzierten Indikatorensysteme zu „Nursing-Reported Outcome Measures“ und „Nursing-Reported Experience Measures“ zu erweitern.

MITTELFRISTIG: BEGLEITFORSCHUNG ZU GESETZESINITIATIVEN UND INNOVATIVE STUDIENDESIGNS STÄRKEN

Es bietet sich an, die Begleitforschung zu digitalspezifischen Gesetzesinitiativen für die Pflege (z. B. PUEG, KHZG) um Indikatorensysteme zur Arbeitsqualität zu erweitern, wenn die Gesetze auch auf verbesserte Arbeitsabläufe und die Organisation der Pflege zielen (§ 8 Absatz 8 Satz 1 und 2, SGB XI; BAS – Bundesamt für Soziale Sicherung 2021: 23f.). Mittelfristig ist es sinnvoll, an Studien in Hinblick auf die tätigkeitsbezogene Zeitverwendung von Pfleger_innen und ihre mittel- und langfristige Veränderung durch den Einsatz digitaler Anwendungen aufzusetzen (z. B. „Time and Motion Studies“ als Panelstudien, Bingham et al. 2021). Dabei ist auch die Schattenseite des Digitalen in Form von Arbeitsverdichtung, etwa durch technikinduzierte Mehrarbeit und Unterbrechungen (techno-overload, Dragano/Lunau 2020), zu erheben (Bringmann 2023). Zu differenzieren sind settingspezifische und -übergreifende Arbeits- und Versorgungsprozesse wie auch tätigkeitsspezifische Zeitaufwände und Zeitverwendung am „Point of Care“. Zur Stärkung der innovativen Begleitforschung bei Gesetzesinitiativen ist der Gesetzgeber gefordert.

HANDLUNGSFELD II: WIRKSAMKEIT KOMMUNIZIEREN

Einrichtungen zögern aus verschiedenen Gründen, in digitale Anwendungen zu investieren. Ihnen fehlt es u. a. an Orientierung, welche Anwendungen in der Pflege tatsächlich Zeit sparen und wie sie bei knappen personellen und finanziellen Ressourcen neue Anwendungen einführen und die dafür nötige Veränderungsarbeit leisten können (Lutze et al. 2021: 137f.). Erkenntnisse zu wirksamen Anwendungen und den Gelingensbedingungen ihrer Implementierung sind vorhanden und können noch stärker gehoben werden. Systematisiertes Erfahrungswissen aus der Versorgungspraxis kann dabei helfen, Entscheider_innen in Krankenhäusern, Einrichtungen der stationären Langzeitpflege und ambulanten Pflegediensten mit dem realen Nutzen der Anwendungen zu überzeugen

sowie die nutzenstiftende Implementierung in der Fläche voranzubringen. Folgende Maßnahmen können zur Kommunikation von wirksamen Anwendungen in die Fachpraxis beitragen.

KURZFRISTIG: UMFRAGEN ZUR BEWERTUNG VON ANWENDUNGEN

Um das Wissen der Anwender_innen auf schnellem Wege zu bündeln und zu kommunizieren, können anonyme Umfragen unter Anwender_innen zur Bewertung von Softwareanwendungen verschiedener Hersteller durchgeführt und veröffentlicht werden. Jede Umfrage würde auf einen Softwareanwendungstyp (z. B. Patientendatenmanagementsystem, mobile Pflegedokumentation) fokussieren. Die Umfragen wären settingspezifisch durchzuführen. Hierzu könnte das neu geschaffene „Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege“ für digitale Anwendungen in der Langzeitpflege einen Beitrag leisten. Für Umfragen im Krankenhaussektor könnten entsprechende Aktivitäten u. a. an den entsprechend weiterzuentwickelnden „Digital Radar“ für Krankenhäuser angedockt werden.

Mit Inkrafttreten des Digital-Gesetzes (DigiG) könnten solche Umfragen noch an Bedeutung gewinnen. Denn das DigiG sieht vor, Anbieter informationstechnischer Systeme im Gesundheitswesen auf gewisse Interoperabilitätsstandard zu verpflichten, was es Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen erleichtert, digitale Anwendungen zu wechseln oder neue Anwendungen in bestehende Systeme zu integrieren.¹⁰ Vor dem Hintergrund dieses neuen Handlungsspielraums hätten Umfragen einen gesteigerten Effekt.

Eine beispielhafte Umfrage führte das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Zi) im Jahr 2024 durch, in der über 10.000 Praxen zur Zufriedenheit mit den eingesetzten Praxisverwaltungssystemen befragt wurden. Fast die Hälfte aller Praxen zeigte sich unzufrieden mit ihrer aktuellen Praxissoftware, wobei die häufigen Fehler und Softwareausfälle als besonders belastend genannt wurden. Es wurden insgesamt 85 Praxisverwaltungssysteme bewertet. Von jenen, die insgesamt mindestens 20 Bewertungen erhielten, wurden 15 positiv und 23 negativ beurteilt (Müller et al. 2024).

Eine entsprechende Umfrage könnte als standardmäßiges Modul im Kontext eines zu etablierenden Monitoringverfahrens für pflegespezifische Digitalisierungsprozesse (siehe Handlungsfeld I) berücksichtigt und Ergebnisse entsprechend kommuniziert werden.

MITTELFRISTIG: INSTITUTIONALISIERUNG VON REGIONALEN TRANSFERRÄUMEN¹¹

Um das Wissen der Anwender_innen, der betrieblichen Innovationsräume und aus wissenschaftlichen Studien zu bündeln und den Wissenstransfer in einen institutionalisierten Rahmen zu überführen, bietet sich die Institutionalisierung regionaler Transferräume als Unterstützung bei der Organisationsentwicklung an (siehe Handlungsfeld I).

In den Fachgesprächen wurde zum Beispiel von Vertreter_innen aus Universitätsklinik der Wunsch geäußert, einen institutionalisierten Rahmen – jenseits von bilateralen Gesprächen – zu etablieren, um sich über die Erfahrungen mit wirksamen Anwendungen und den Gelingensbedingungen der

Implementierung (etwa Change-Management/Veränderungsarbeit) auszutauschen. Kleinere Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen sowie -dienste haben bislang weniger Zugriff auf regionale oder deutschlandweite Netzwerke und einen noch höheren Bedarf nach einem solchen institutionalisierten Rahmen. Die Schaffung und Stärkung regionaler Transferräume hat das Ziel, verlässliche Kontaktnetze unter Einrichtungen unterschiedlicher Größe und Ressourcen zu etablieren. Hier können auch bereits bestehende Experimentierräume (z. B. Musterstationen, regionale/landesweite Kompetenzzentren) gezielt genutzt werden, um den Wissenstransfer über nutzenstiftende digitale Anwendungen zu unterstützen und einen niedrigschwelligen Zugang zu innovativen Lösungen zu ermöglichen.

Die Institutionalisierung von regionalen Transferräumen würde dabei helfen, Erkenntnisse aus Praxis und Wissenschaft in die Breite zu kommunizieren, etwa im Zuge von Lernreisen. Diese (virtuellen) Lernreisen zu den Gelingensbedingungen der Implementierung digitaler Anwendungen können zugleich dazu beitragen, einen überbetrieblichen, qualitäts- und evidenzbasierten Wissenstransfer unter Beteiligung vorhandener Netzwerkstrukturen (z. B. Pflegenetzwerk Deutschland, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin – BAuA, Netzwerke/Kompetenzzentren) zu fördern.

HANDLUNGSFELD III: BEWÄHRTE ANWENDUNGEN IN DER FLÄCHE FÖRDERN (LANGZEITPFLEGE)

Während der Krankenhaussektor durch die Förderung im Zuge des Krankenhauszukunftsgesetzes (KHZF) einen Digitalisierungsschub erfahren hat, werden in der Langzeitpflege gerade die Konditionen, die zu geringer Förderhöhe und die Tatbestände der bestehenden Förderung als strukturelle Hemmnisse kritisiert (Ärzteblatt, 13.2.2024).

Für die Krankenhäuser wurde mit dem Krankenhauszukunftsfonds (KHZF) ein Investitionsinstrument von Bund (3 Milliarden Euro) und Ländern (1,3 Milliarden Euro) zur Förderung der Digitalisierung im Krankenhaussektor geschaffen. Bis Februar 2025 wurden bundesweit 6.070 Anträge gestellt, mehr als die Hälfte der Förderungen entfielen auf digitale Dokumentation, Patient_innenportale, auf digitales Medikationsmanagement sowie auf Maßnahmen zur Informationssicherheit (BAS 2025).

Für Pflegeeinrichtungen und -dienste der Langzeitpflege wird gemäß § 8 SGB XI aus den Mitteln des Ausgleichsfonds der Pflegeversicherung in den Jahren 2019 bis 2030 ein Zuschuss bereitgestellt, um digitale Anwendungen, insbesondere zur Entlastung der Pflegekräfte, zur Verbesserung der pflegerischen Versorgung sowie für eine stärkere Beteiligung der Pflegebedürftigen zu fördern.¹² Zwischen Januar 2019 und Mitte Januar 2024 wurden nach DAK-Auswertungen 16.405 Förderanträge von 10.108 zugelassenen Pflegeeinrichtungen gestellt. Am häufigsten wurden Fördermittel für die Digitalisierung der Pflegedokumentation beantragt. An zweiter Stelle liegen Förderanträge für Anschaffungen im Zusammenhang mit der vernetzten Dienst- und Tourenplanung, dicht gefolgt vom internen Qualitätsmanagement (Millich 2024). Bis zum

1.7.2025 muss die Anbindung der Pflegeeinrichtungen an die Telematikinfrastruktur (TI) erfolgt sein, bis Ende 2026 erfolgt dann die vollelektronische Abrechnung der pflegerischen Leistungen. Allerdings wurden die Fördergelder für die Digitalisierung von den Pflegeeinrichtungen und -diensten in der Vergangenheit nicht vollständig abgerufen. Als ein Grund hierfür gilt die nur partielle Finanzierung digitaler Anwendungen.

In allen Settings überlässt die staatliche Förderung von digitalen und KI-basierten Anwendungen es den Leistungserbringern bislang vollständig selbst, den Nutzen der Anwendungen zu recherchieren oder auszuprobieren. Dies stellt Leistungserbringer in allen Settings, doch gerade die kleinen und mittleren Einrichtungen und Dienste, vor Herausforderungen. Um Entlastung durch Digitalisierung in der Langzeitpflege schneller in die Fläche zu bringen, könnte eine volle Refinanzierung von wirksamen Anwendungen und ihrem nutzenstiftenden Einsatz jenseits der Telematikinfrastruktur unterstützen.

MITTELFRISTIG: FÖRDERUNG WIRKSAMER ANWENDUNGEN UND IHRES NUTZENSTIFTENDEN EINSATZES

Um auch in der Langzeitpflege einen Digitalisierungsschub auszulösen, wäre der Beschluss des Gesetzgebers zu einer Förderung und Refinanzierung im Rahmen eines Langzeitpflegezukunftsgesetzes (LPZG) sinnvoll. Beispielhaft hierfür steht die Förderung im Rahmen des Krankenhauszukunftsgesetzes, welche als Bund-Länder-Initiative ausgestaltet wurde. Die Förderung von digitalen Anwendungen für die Langzeitpflege könnte aus den Erfahrungen lernen.

So sollten erstens nicht zu viele Anwendungen gleichzeitig gefördert werden, um die Umsetzung für die Einrichtungen handhabbar zu halten. Zweitens könnten Anwendungen, die – beruhend auf evidenzbasiertem oder überbetrieblichem Wissen – Pflegeaufgaben reduzieren und insofern zu Zeitgewinnen führen, mit einem Zertifikat versehen werden, sodass diese vorrangig gefördert werden können. Drittens könnte die Inanspruchnahme der Fördermittel an die Vorlage eines Implementierungskonzepts und die Durchführung einer betrieblichen Technikfolgenabschätzung mit Blick auf technikinduzierte Belastungen geknüpft werden.

Ziel dieses Fördermittelkriteriums wäre es, dass nicht nur potenziell entlastende Anwendungen eingesetzt werden, sondern auch sichergestellt wird, dass sie ihre entlastende Wirkung im Routinebetrieb entfalten können. Durch eine betriebliche Technikfolgenabschätzung auf Basis arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse kann vermieden werden, dass die Einführung einer digitalen Anwendung zu hohen negativen Belastungen führt bzw. aufgrund solcher Mehrbelastungen von den Einrichtungen wieder rückabgewickelt werden muss. Als Instrument einer solchen betrieblichen Technikfolgenabschätzung mit dem Fokus auf technikinduzierte Belastung kann die prospektive Gefährdungsbeurteilung zur Vermeidung potenzieller Gefährdungen im Sinne des Arbeits- und Gesundheitsschutzes dienen. Sie ist bereits unternehmerische Pflicht gemäß § 3 Betriebssicherheitsverordnung (BetrSichV), und zwar vor der Einführung neuer Arbeitsmittel (Arbeit & Gesundheit 2023). Die prospektive Gefährdungsbeurteilung

wird aufgrund des fehlenden Wissens um diese unternehmerische Pflicht in den Betrieben noch nicht flächendeckend gelebt und könnte durch die Institutionalisierung als ein Fördermittelkriterium gestärkt werden.

HANDLUNGSFELD IV: FEHLWIRKUNG VERMEIDEN UND WIRKSAMKEITSPOTENZIALE EINLÖSEN

Erfahrungsberichte in den Fachgesprächen, ebenso wie wissenschaftliche Studien zeigen, dass der Einsatz digitaler und KI-basierter Anwendungen in Einrichtungen aller Settings zu ungewollten Effekten in Form von Mehrarbeit und Unterbrechungen für die Mitarbeitenden im Routinebetrieb führen kann (Arbeit & Gesundheit 2023; Dassel et al. 2024). Zentrale Maßnahmen, um solche Fehlwirkungen zu vermeiden, sind die sorgfältige Planung des Einkaufs von Anwendungen (bzw. der Ausschreibung der Vergabe) sowie deren Pilotierung. Zu beiden Zeitpunkten müssen die Voraussetzungen der Produkte, der Hersteller und die einrichtungsinterne digitale Infrastruktur geprüft werden. Auch die Verantwortlichkeiten für das Projekt- und Change-Management müssen hier festgelegt werden. Oftmals stellt schon die unzureichende digitale Infrastruktur eine Hürde für die Implementierung potenziell nutzenstiftender digitaler Anwendungen dar. Dies betrifft etwa technische Infrastrukturen wie z. B. Glasfaserkabel, Datenübertragungsraten, technische Schnittstellen oder die Verfügbarkeit einer qualifizierten Person für das Projekt- und Change-Management. Um Mehrarbeit zu vermeiden, muss die Infrastruktur hinreichend sein, zuverlässig funktionieren und die Anwendung ausreichend in organisationale Prozesse eingebettet sein (Kubek et al. 2024). Folgende Maßnahmen können Einrichtungen bei der Vermeidung von Fehlwirkungen und bei der Einlösung von Wirksamkeitspotenzialen unterstützen.

KURZFRISTIG: ENTWICKLUNG VON PROZESSSTANDARDS ZUR IMPLEMENTIERUNG

Wie in Handlungsfeld I ausgeführt, benötigen Pflegeeinrichtungen und -dienste Indikatorensysteme, um Wirksamkeitsmessungen in den Einrichtungen selbst durchführen zu können. Zusätzlich bedarf es aber auch professioneller Organisationsentwicklung, um digitale Anwendungen erfolgreich in der Pflege zu implementieren. Entsprechende Prozessstandards können Einrichtungen dabei unterstützen, wichtige Parameter im Blick zu halten und Fehlwirkungen zu vermeiden. Die Prozessstandards sollten sich an Projektleitungen, IT-Abteilungen und betriebliche Interessenvertretungen richten. Anregungen für gute Prozessstandards sind den Erfahrungswerten von einigen überdurchschnittlich digitalisierten Krankenhäusern der Maximalversorgung und Universitätskliniken zu entnehmen. So prüfen sie erst die Eignung der Hersteller (Eignungsphase), bevor sie ihnen das Leistungsverzeichnis für das Produkt zuschicken (Vergabephase). In der Eignungsphase wird geprüft, wie zuverlässig das Unternehmen arbeitet (z. B. finanzielle Solvenz; Anzahl Mitarbeitende im IT-Support für das Produkt) und wie zuverlässig und nutzerfreundlich das Produkt bei Einrichtungen vergleichbarer

Größe und Datenmenge wahrgenommen wird. Das Leistungsverzeichnis für die Vergabephase wird im Detail mit klinisch Beschäftigten aus den betroffenen Stationen abgestimmt. Die Entwicklung und der Transfer entsprechender Prozessstandards kann sowohl durch das „Kompetenzzentrum Digitalisierung und Pflege“ als auch durch regionale Gesundheitsnetzwerke unterstützt werden.

MITTELFRISTIG: RESSOURCEN FÜR PROFESSIONALISIERUNG VORHALTEN

Um die digitale Dividende in der Pflege heben zu können, benötigen Einrichtungen ausreichend qualifiziertes Personal zur Recherche, strategischen Planung, Pilotierung, Implementierung und Wartung digitaler Hardware und Softwareanwendungen. Die fehlenden formalen Kenntnisse und informellen Erfahrungswerte sind dann kritisch, wenn gemeinsam und unter restriktiven personellen und finanziellen Ressourcen ein Leistungsverzeichnis/Lastenheft aufgesetzt oder Feedback während der Pilotierungsphase gesammelt wird. Mitunter haben die Mitarbeitenden aus der Technik/IT in den vergangenen Jahren einen enormen Professionalisierungsschub hingelegt oder hinlegen müssen, sind sie doch vom Hausmeister, der Druckerprobleme löst, zu Expert_innen für digitale Vernetzung aufgestiegen. Gerade kleinen und mittelgroßen Einrichtungen mangelt es häufig an entsprechenden Ressourcen. Ohne Betreuung durch entsprechendes Fachpersonal führen die implementierten Anwendungen im Routinebetrieb häufig zu Mehrarbeit oder werden von den Einrichtungen mit finanziellen Verlusten wieder rückabgewickelt. Zudem müssen Anbieter und Betreiber gemäß der EU KI-Verordnung verpflichtend sicherstellen, dass Personen, die mit dem Betrieb und der Nutzung von KI-Systemen befasst sind, ausreichend kompetent sind. Wie das genau zu gewährleisten und zu dokumentieren ist, ist jedoch nicht genauer geregelt. Hierfür dürften Betriebs-/Dienstvereinbarungen inklusive der Umsetzung betrieblicher Qualifizierungspläne und entsprechender Nachweise entscheidend sein.

Vor dem Hintergrund des IT-Fachkräftemangels dürfte es allerdings nicht ausreichen, die Finanzierung von mehr IT-Personal zu ermöglichen. Eine neu zu schaffende Koordinierungsstelle „Digitalisierungsbeauftragte Gesundheitswesen“ auf regionaler Ebene könnte eine ressourcensparsame Möglichkeit sein, um einen Teil dieser Aufgaben zu übernehmen und zudem Erfahrungswissen zu bündeln. Ein entsprechender Ansatz könnte über die Bundesländer in regionalen Netzwerken umgesetzt und erprobt werden. Bewährt sie sich, könnte diese Koordinierungsstelle integrierter Teil der Gesundheitsregionen sein.

MITTELFRISTIG: DYNAMISCHE MITBESTIMMUNG FÖRDERN

Die dynamische und damit frühzeitige Beteiligung von Mitarbeitenden und ihren Interessenvertretungen sollte gestärkt werden. Denn häufig werden Interessenvertretungen erst informiert, wenn die Anwendungen schon gekauft und mitunter pilotiert sind. Werden Mitbestimmungsprozesse erst zu diesem späten Zeitpunkt angestoßen, kann dies bereits getätigte Investitionen verzögern oder sogar blockieren. Zudem können Geschäftsführungen nicht mehr rechtzeitig von dem

Erfahrungswissen über tatsächliche Abläufe und mitunter den Kontaktnetzen zu IT-affinen Pflegenden der Interessenvertretungen profitieren. Im Sinne einer dynamischen Mitbestimmung sollten Mitarbeitende und ihre Interessenvertretung beteiligt werden, wenn digital gestützte Arbeitsprozesse neu eingeführt und auch wenn solche Anwendungen ausgeweitet bzw. fortentwickelt werden (Schröer et al. 2024; Arbeit & Gesundheit 2023).

In der stationären Langzeitpflege erfolgt parallel zum Digitalisierungsdiskurs die Umstellung auf ein neues Personalbemessungssystem (PeBeM). Das neue PeBeM zielt auf die Erhöhung der Versorgungsqualität, die Entlastung von Pflegekräften, eine bessere Passung von individueller Pflegesituation und Personalqualifikation sowie auf einen effizienteren Personaleinsatz. So wird die Erleichterung eines stärker qualifikations- und kompetenzorientierten Personaleinsatzes derzeit im Modellprogramm nach § 8 Abs. 3b SGB XI erprobt. Dies erfordert, wesentliche Änderungen von Arbeitsprozessen (Arbeitstechnik und/oder Arbeitsorganisation) sowie wesentliche Änderungen der Arbeitsplatzanforderungen oder Arbeitsplatzbedingungen in Wechselwirkungen mit Digitalisierungsprozessen in den Blick zu nehmen. Anregungen für gute Umsetzung liefern die Ergebnisse der tarif.werkstatt bei ver.di (ver.di 2024). Zentrale Bestandteile von Tarifverträgen, die auch für den Krankenhaus- und Pflegesektor als förderlich eingeschätzt werden, sind:

- **Ziel der Digitalisierung festlegen:** Im Tarifvertrag sind die gemeinsamen Ziele der Digitalisierung festgehalten, beispielsweise könnte im Sinne einer digitalen Dividende frei gewordene Zeit für Pausen eingesetzt werden oder, wenn Pausen erfüllt sind, für Interaktionsarbeit, für die sonst keine Zeit ist.
- **Digitalisierungsbeirat institutionalisieren:** Strategische Überlegungen zur weiteren Digitalisierung werden im Digitalisierungsbeirat beraten. Der Digitalisierungsbeirat ist durch Arbeitgebervertreter_innen, Fach- und Leitungspersonal aus der Pflege und betriebliche Interessenvertretungen besetzt. Er beginnt die Überlegungen zu einem möglichst frühen Zeitpunkt (Marktbeobachtung), entwickelt Ideen für eine nutzenstiftende Digitalstrategie und nimmt Anregungen der Beschäftigten auf (Schröer et al. 2024; ver.di 2024: 3). Solche institutionalisierten Jour fixes sind bei manchen konzernweiten Interessenvertretungen und Vorständen bereits gelebte Praxis (Bringmann et al. 2024). Sie werden jedoch nicht flächendeckend umgesetzt.
- **Pilotierungsphase institutionalisieren:** Es finden Pilotierungsphasen statt. Die Beschäftigten werden „besonders beteiligt“, indem sie die Gestaltung der neuen Arbeitsweise evaluieren und Anforderungen an die Weiterentwicklung stellen können (ver.di 2024: 6). Wie in den Fachgesprächen deutlich wurde, werden solche pflegefachlich getragenen Pilotierungen von einzelnen Einrichtungen bereits umgesetzt, jedoch nicht flächendeckend.

Für die Erarbeitung von Digitalisierungstarifverträgen sind die organisierten Sozialpartner verantwortlich. Arbeit- und Dienstgeberverbände, ver.di und der Deutsche Pflegerat ebenso wie gewerkschaftsnahe Bildungseinrichtungen können den Wissenstransfer in der Fläche fördern.

MITTEL- UND LANGFRISTIG: MEHR AUFMERSAMKEIT FÜR DIGITALE GESTALTUNGSKOMPETENZ IN DER PFLEGEBILDUNG

Häufig wissen die Mitarbeitenden der technischen Abteilung bzw. IT-Abteilung und die Mitarbeitenden aus der Pflege nicht, was die jeweils andere Berufsgruppe für Aufgaben, Abläufe und Ziele hat. Sie „sprechen nicht dieselbe Sprache“. Entscheidend ist, dass betriebliche Digitalisierungsstrategien an Organisations- und Ablaufprozessen aus pflegefachlicher Sicht ansetzen müssen, das heißt, Digitalisierung erfordert zunächst die pflegefachliche und arbeitsorganisatorische Reflexion betrieblicher Strukturen und Prozessabläufe. Hierfür braucht es entsprechende Kompetenzen sowohl beim IT-Personal als auch beim Pflegepersonal, die dafür notwendigen Kompetenzen beim Pflegepersonal gehen über Anwender_innenkompetenzen hinaus. Anregungen für gute Beispiele bieten Einrichtungen, die ihre eigenen Mitarbeitenden aus der Pflege berufsbegleitend mit einem Bachelor und Master in Gesundheitstechnologie/Digital Health weiterqualifizieren. Beispiel hierfür ist die Rolle als Chief Nursing Information Officer (CNIO) über einen pflegewissenschaftlichen Master mit der Spezialisierung in Pflege-Informatik.

Damit Digitalisierungsprozesse in der Pflege in unterschiedlichen Versorgungskontexten gelingen, braucht es mehr Aufmerksamkeit für Kompetenzentwicklung an der Schnittstelle zwischen Pflege und Digitalisierung. Dies adressiert den Zusammenhang von kompetenzorientierter Arbeitsgestaltung und Pflegebildung im Berufsfeld Pflege. Relevante Fragen in diesem Zusammenhang sind: Wie verbreitet sind solche auf Digitalisierung spezialisierten Kompetenz- und Stellenprofile für Pflegefachpersonen in Versorgungseinrichtungen? Wie werden unterschiedliche Kompetenz- und Qualifikationsniveaus des Pflegepersonals in Digitalisierungsprozessen berücksichtigt? Wie kann der Kompetenzerwerb (angehender) Pflegefachmänner und Pflegefachfrauen bereits in der Ausbildung dahingehend gestärkt werden, dass sie betriebliche Digitalisierungsstrategien aus pflegefachlicher Perspektive gestalten können? Welche Anforderungen stellt dies an die curriculare Entwicklung, an digitale Infrastrukturentwicklung und die Kompetenzentwicklung von Lehrpersonen in der pflegeberuflichen Ausbildung? Entsprechende Themen könnten durch das BIBB – Bundesinstitut für Berufsbildung sowie durch die Fachkommission nach § 53 Pflegeberufegesetz (PflBG) aufgegriffen werden.

ERFAHRBARE DIGITALE DIVIDENDE ALS GEMEINSAMES ZIEL

Digitale und KI-basierte Anwendungen sollen Pflegekräfte entlasten, gerade vor dem Hintergrund der bestehenden und sich weiter verschärfenden Arbeitskräfteknappheit. Eine solche digitale Dividende ist jedoch nicht automatisch gewähr-

leistet. Wie dieses Papier herausarbeitete, besteht dringender Handlungsbedarf, um den Nutzen digitaler Anwendungen zu belegen, ihre Finanzierung adäquat auszugestalten und die Akzeptanz seitens der Beschäftigten durch erfahrbare Mehrwerte digitaler Anwendungen im Versorgungs- und Arbeitsalltag zu stärken. Zugleich zeigt das Papier, dass zeitnah konkrete Handlungsoptionen bestehen, um erfahrbare Mehrwerte der Digitalisierung in der pflegeberuflichen Alltags- und Versorgungspraxis zu ermitteln, zu kommunizieren und die Voraussetzungen für beschäftigtenorientierte Digitalisierungsstrategien zu schaffen. Dies erfordert jedoch die Bündelung von Kompetenzen und eine ressortübergreifende Strategie (v. a. BMG und BMAS). Eine erfahrbare digitale Dividende ist ein versorgungs-, professions-, arbeits- und innovationspolitisches Ziel, das in der neuen Legislatur entschlossen und mit vereinten Kräften angegangen werden muss.

ENDNOTEN

- 1 Für eine umfassendere Diskussion der digitalen Dividende in der Pflege s. Bringmann/Evans-Borchers 2024.
- 2 Der Bereich Robotik wurde aufgrund des geringen Verbreitungsgrades in der Pflegepraxis nicht betrachtet.
- 3 In der Telematikinfrastruktur (TI) stellen Primärsystemanbieter Systeme und Softwarelösungen bereit, die es Leistungserbringern ermöglichen, digitale Anwendungen zu nutzen. Dies betrifft beispielsweise Praxis- und Apothekenverwaltungssysteme.
- 4 PROMs und PREMs sind von Patient_innen selbst ausgefüllte Fragebögen oder Umfragen, mit denen Ergebnisse gemessen werden. Bei PROMs wird der subjektiv wahrgenommene Gesundheitszustand (z. B. Lebensqualität, Symptome und Behandlungseffekte) gemessen, während PREMs die Erfahrung des Patienten oder der Patientin im Versorgungsprozess (z. B. Zufriedenheit mit der Kommunikation oder Wartezeit bis zum ersten Termin) erfassen.
- 5 Kollaborative und vernetzte Versorgungslösungen erfordern zudem die Berücksichtigung intra- und interprofessioneller, sektor- und einrichtungsübergreifender Wirkungseffekte von Digitalstrategien. Hierfür wären u. a. Dimensionen wie Kooperationskultur, partizipative Entscheidungsfindung, Interaktions- und Koordinationsdichte (Gittel et al. 2008) in ihren Wirkungen auf Zeitgewinne, Zeitverwendung und Arbeitsqualität zu berücksichtigen. Unter dem Dach des „Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege“ des GKV-Spitzenverbandes (§ 125b SGB XI) kann vorhandene Expertise aus der Arbeits-, Pflege-, Technik- und Versorgungsforschung mit dem Ziel der Weiterentwicklung entsprechender Indikatorensysteme im Gesundheits- und Pflegesektor gezielt gebündelt werden.
- 6 Der Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist das zentrale Förderinstrument zur Weiterentwicklung und Verbesserung der Gesundheitsversorgung in Deutschland. Er fördert aus Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) die Erprobung innovativer, sektorenübergreifender neuer Versorgungsformen und Vorhaben der Versorgungsforschung.
- 7 Unter dem Begriff „Regulatory Sandbox“ bzw. „Reallabor“ versteht man ein regulatorisches Instrument, das es Unternehmen ermöglicht, neue und innovative Produkte oder Dienstleistungen, die an Grenzen des bestehenden Rechtsrahmens stoßen, unter behördlicher Begleitung zu testen und zu erproben.
- 8 Community Health Nursing ist ein Fachgebiet der Pflege, das sich darauf konzentriert, Menschen in ihrem Alltag zu unterstützen, unabhängig von ihrer Lebenssituation oder ihrem Alter, etwa Menschen mit chronischen Erkrankungen, Behinderungen oder Pflegebedarf.
- 9 „Telepflege“ bezeichnet die Nutzung von Telekommunikations- und Informationstechnologien zur Unterstützung und Bereitstellung von Pflegedienstleistungen aus der Ferne. Diese Technologien ermöglichen es Pflegekräften, Patient_innen zu überwachen, zu beraten und zu betreuen, ohne physisch anwesend zu sein.
- 10 Bislang halten proprietäre Standards und Schnittstellen Einrichtungen häufig davon ab, die Anwendung mit der größten Nutzerfreundlichkeit und dem höchsten fachlichen Nutzen zu kaufen. Ab dem 1.1.2025 gilt ein neuer Verbindlichkeitsmechanismus (SGB V gemäß § 388 SGB V) (Digital-Gesetz – DigiG) im Gesundheitswesen, der Hersteller und Anbieter informationstechnischer Systeme dazu verpflichtet, ihre Systeme mit verbindlichen, von dem Kompetenzzentrum für Interoperabilität zertifizierten Interoperabilitätsstandards auszustatten.
- 11 „Transferräume“ werden hier als Prozesse und Organisationen verstanden, die den Wissensaustausch und die Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Akteuren fördern und sicherstellen. Sie ermöglichen es, Erfahrungen und bewährte Praktiken im Bereich digitaler Anwendungen zu teilen. Ziel ist es, insbesondere kleineren Einrichtungen den Zugang zu innovativen Lösungen zu erleichtern.
- 12 Förderfähig sind Anschaffungen digitaler oder technischer Ausrüstung sowie damit verbundene Schulungen, die beispielsweise Investitionen in die IT- und Cybersicherheit, das interne Qualitätsmanagement, die Erhebung von Qualitätsindikatoren, verbesserte Arbeitsabläufe und Organisation bei der Pflege und die Zusammenarbeit zwischen Ärzt_innen und stationären Pflegeeinrichtungen unterstützen. Förderfähig sind auch die Aus-, Fort- und Weiterbildungen sowie Schulungen zu digitalen Kompetenzen von Pflegebedürftigen und Pflegekräften in der Langzeitpflege. Gefördert werden bis zu 40 Prozent der durch die Pflegeeinrichtung verausgabten Mittel. Pro Pflegeeinrichtung ist höchstens ein einmaliger Zuschuss von bis zu 12.000 Euro möglich.

LITERATUR

- Arbeit & Gesundheit (2023):** Entlastung durch Software? Handlungsempfehlungen zum Einführungsprozess und zur gesundheitsgerechten Gestaltung, <https://beratungsstelle.arbeitundgesundheit.de/informationsblaetter-fuer-betriebe/> (15.12.2024).
- Ärzteblatt (2024):** Heimbetreiber: Viele Hindernisse bei Digitalisierung der Pflege, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/149247/Heimbetreiber-Viele-Hindernisse-bei-Digitalisierung-der-Pflege> (15.12.2024).
- Amelung, V.; Angelkorte, M.; Augurzyk, B. et al. (2024):** DigitalRadar: Zwischenbericht, Ergebnisse der ersten nationalen Reifegradmessung deutscher Krankenhäuser, https://www.digitalradar-krankenhaus.de/download/220914_Zwischenbericht_DigitalRadar-Krankenhaus.pdf (15.12.2024).
- Auffenberg, J.; Becka, D.; Evans, M. et al. (2023):** „Ich pflege wieder, wenn ...“, Potenzialanalyse zur Berufsrückkehr und Arbeitszeitaufstockung von Pflegefachkräften, Bremen/Gelsenkirchen, https://www.arbeitnehmerkammer.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Politik/Rente_Gesundheit_Pflege/Bundesweite_Studie_Ich_pflege_wieder_wenn_Langfassung.pdf (15.12.2024).
- BAS- Bundesamt für Soziale Sicherung (2025):** Statistik Krankenhauszukunftsfonds, <https://www.bundesamtsozialesicherung.de/de/themen/krankenhauszukunftsfonds-1/> (25.3.2025).
- Beckmann, S.; Ebert, S. (2024):** Modellprogramm zur Einbindung der Pflegeeinrichtungen in die Telematikinfrastruktur nach § 125 SGB XI, Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung im Projekttyp A, https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/pflegeversicherung/forschung/projekte_telematik_125/2024_Abschlussbilanz_BQS.pdf (15.12.2024).
- Bingham, G.; Tong, E.; Poole, S. et al. (2021):** A Longitudinal Time and Motion Study Quantifying How Implementation of an Electronic Medical Record Influences Hospital Nurses' Care Delivery, in: *Int J Med Inform.*, 153:104537. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2021.104537.
- Braeseke, G. (2024):** Indikatoren guter Arbeitsplätze in der Pflege, in: Schwinger, A.; Kuhlmeier, A.; Greß, S.; Klauer, J.; Jacobs, K.; Behrendt, S. (Hrsg.): *Pflege-Report 2024*, Berlin, Heidelberg, S. 111–125, https://doi.org/10.1007/978-3-662-70189-8_8 (24.3.2025).
- Bringmann, J.; Evans-Borchers, M. (2024):** Digitalisierung, KI und Pflege: Auf der Suche nach der digitalen Dividende, FES impuls, <https://library.fes.de/pdf-files/a-p-b/21630.pdf> (15.12.2024).
- Bringmann, J. (2023):** Blogbeitrag „Entlastung durch Software? Digitalisierung und Teilautomatisierung der Pflegearbeit in Krankenhäusern“, in: Blog zur Konferenz „Postpandemische Konstellationen“, Wissenschaftszentrum Berlin (WZB), Berlin, <https://wzb.eu/de/forschung/digitalisierung-und-gesellschaftlicher-wandel/globalisierung-arbeit-und-produktion/projekte/blog-postpandemische-konstellation/digitalisierung-und-teilautomatisierung-der-pflegearbeit> (15.12.2024).
- Bringmann, J.; Petersen, B. H.; Staab, P. (2024):** Vernetzte Klinik: Neue Spannungen und neue Allianzen, in: *WSI Mitteilungen* 77 (1), S. 10–17, <https://doi.org/10.5771/0342-300X-2024-1-10> (24.3.2025).
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2023a):** Pflegearbeitsplatz mit Zukunft! Die Ergebnisse der Studie zur Arbeitsplatzsituation in der Akut- und Langzeitpflege auf einen Blick, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/K/Konzertierte_Aktion_Pflege/BMG_Ergebnisse_der_zweitelligen_Studie_Arbeitsplatzsituation_bf.pdf (15.12.2024).
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG) (2023b):** Gemeinsam digital: Digitalisierungsstrategie für das Gesundheitswesen und die Pflege, https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/user_upload/BMG_Broschuere_Digitalisierungsstrategie_bf.pdf (15.12.2024).
- BV MED – Bundesverband Medizintechnologie e.V. (2024):** Digitale Gesundheitsversorgung auf ein neues Level heben: BVMed-Vorschläge zur Bundestagswahl 2025, <https://www.bvmed.de/themen/datennutzung/bvmed-positions-papier-digitale-gesundheitsversorgung-in-der-naechsten-legislaturperiode-schwung-aufnehmen-und-mit-digitalisierungsstrategie-zielgerichtet-vorangehen> (20.12.2024).
- Dassel, K.; Busch, A.; Lutze, M. (2024):** Arbeitsentlastung durch Pflegesoftware: Auf welche Qualitätskriterien kommt es an?, Gütersloh, https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/PicturePark/2024-03/Arbeitsentlastung_durch_Pflegesoftware.pdf (15.12.2024).
- Destatis (2024):** Bis 2049 werden voraussichtlich mindestens 280.000 zusätzliche Pflegekräfte benötigt, Pressemitteilung Nr. 033 vom 24.1.2024, Wiesbaden, https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/01/PD24_033_23_12.html (15.12.2024).
- Deutscher Bundestag (2024):** Unterrichtung durch die Bundesregierung, Drucksache 20/12050, Tätigkeitsbericht des Kompetenzzentrums Digitalisierung und Pflege des GKV-Spitzenverbands, Berlin, <https://dserv.bundestag.de/btd/20/120/2012050.pdf> (12.12.2024).
- Dragano, N.; Lunau, T. (2020):** Technostress at Work and Mental Health: Concepts and Research Results, in: *Curr Opin Psychiatry* 2020 (33), S. 407–413.
- Gemeinsamer Bundesausschuss Innovationsausschuss (o. J.):** KI-THRUST: Potenziale KI-gestützter Vorhersageverfahren auf Basis von Routinedaten, <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/ki-thrust.394> (24.3.2025).
- Gittel, J. H.; Weinberg, D. B.; Bennett, A. L.; Miller, J. A. (2008):** Is the Doctor in? A Relational Approach to Job Design and the Coordination of Work, in: *Hum. Resour. Manage* 47 (4), S. 729–755, DOI: 10.1002/hrm.20242.
- Klie, T. (2024):** Die Baby-Boomer und die Zukunft der Pflege: Beruflich Pflegende im Fokus, DAK-Pflegereport 2024, Hamburg, <https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/64750/data/42a02e597e07646cc80c0ddbd1382a8f/dak-pflegereport-2024-ebook.pdf> (15.12.2024).
- Kubek, V.; Eierdanz, F.; Hoxha, J.; Kessler, M.; Zentek, T.; Zirke, J.; Kalinke, S. (2024):** Digitale Transformation in Pflegeeinrichtungen: Wie sich der Transformationsprozess gestalten lässt, Handlungshilfe herausgegeben von der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) c/o Bundesministerium für Arbeit und Soziales (Hrsg.), Berlin.
- Lutze, M.; Trauzettel, F.; Busch-Heizmann, A.; Bovenschulte, M. (2021):** Potenziale einer Pflege 4.0: Wie innovative Technologien Entlastung schaffen und die Arbeitszufriedenheit von Pflegefachpersonen in der Langzeitpflege verändern, Gütersloh, https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Pflege_4.0_final.pdf (15.12.2024).
- Millich, Nadine (2024):** Verschenktes Geld: Viele Pflegeeinrichtungen nutzen Förderung nicht, in: *Bibliomed*, 8.2.2024, <https://www.bibliomed-pflege.de/news/verschenktes-geld-viele-pflegeeinrichtungen-nutzen-foerderung-nicht> (24.3.2025).
- Müller, D.; Nieporte, T.; von Stillfried, Dominik Graf v. 2024:** Praxisverwaltungssysteme: Deutschlandweite Ergebnisse zu Usability, Nutzerzufriedenheit und Wechselbereitschaft aus 10.245 Bewertungen, in: *GMS Med Inform Biom Epidemiol* 2024 (20): Doc13, DOI: 10.3205/mibe000269.
- Rothgang, H.; Müller, R.; Preuß, B. (2020):** Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse: Band 26, BARMER Pflegereport 2020: Belastungen der Pflegekräfte und ihre Folgen, BARMER (Hrsg.), Berlin, <https://www.bifg.de/publikationen/reporte/pflegereport-2020> (15.10.2024).
- Ruppert S.-N.; Hasseler, M. (2024):** Digitale Pflegebetten in der Langzeitpflege: Unterstützung, Entlastung für Pflegende oder nur Illusion? Eine ethnografisch-explorative Studie, in: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 57 (1), S. 32–36, <https://doi.org/10.1007/s00391-023-02267-z>.

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen und in der Pflege (SVR-Gesundheit und Pflege) (2024): Fachkräfte im Gesundheitswesen: Nachhaltiger Einsatz einer knappen Ressource, Gutachten 2024, 2. durchgesehene Auflage, Berlin, https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2024/2._durchgesehene_Auflage_Gutachten_2024_Gesamt_bf_2.pdf (15.12.2024).

Schröer, L.; Bräutigam, C.; Schmidt, C.; Evans-Borchers, M. (2024): Krankenhausarbeit digital: Betriebliche Digitalisierungsprozesse mitarbeiterorientiert gestalten, Stuttgart.

Sozialverband VdK (2024): Schiefelage in der häuslichen Versorgung, Meldung vom 12.9.2024, <https://www.vdk.de/aktuelles/aktuelle-meldungen/artikel/schiefelage-haeusliche-versorgung-probleme-ambulanter-pflegedienst/> (29.1.2025).

Techniker Krankenkasse (2024): Zum Tag der Pflegenden: Krankenstand auf neuem Höchstwert, Pressemitteilung vom 12. Mai 2024, Hamburg, <https://www.tk.de/presse/themen/pflege/pflegepolitik/krankenstand-bei-pflegekraeften-auf-rekordhoch-2149302> (15.12.2024).

ver.di Bundesverwaltung (2024): Technik gestalten: Tarif-impulse: Beiträge zur tarifpolitischen Debatte, Ausgabe 2/2024, <https://www.verdi.de/themen/tarifpolitik/publikationen/+co++5d989a7a-2264-11ef-a49a-a310c1e65e35> (15.12.2024).

Wolf-Ostermann, K.; Rothgang, H. (2024): Digitale Technologien in der Pflege: Was können sie leisten? in: Bundesgesundheitsblatt 67, S. 324–331, <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03843-3>.

ÜBER DIE AUTORINNEN

Julia Bringmann ist Sozialwissenschaftlerin, arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrbereich „Soziologie von Arbeit, Wirtschaft und technologischem Wandel“ an der Humboldt-Universität zu Berlin und forscht zur digitalen Transformation in Zeiten von Arbeitskräfteknappheit.

Michaela Evans-Borchers ist Direktorin des Forschungsschwerpunktes „Arbeit und Wandel“ am Institut Arbeit und Technik (IAT), Westfälische Hochschule, und forscht unter anderem zum Zusammenhang von Digitalisierung und entlastungsfördernder Arbeitsgestaltung in der Pflege.

IMPRESSUM

APRIL 2025

© Friedrich-Ebert-Stiftung

Herausgeberin: Abteilung Analyse, Planung und Beratung
Godesberger Allee 149, 53175 Bonn
www.fes.de/apb

Für diese Publikation sind in der FES verantwortlich:
Iva Figenwald, Referentin für Soziales, Alterssicherung, Gesundheit und Pflege, und Stefanie Moser, Referentin für Digitalisierung, Abteilung Analyse, Planung und Beratung.

Bestellungen/Kontakt: apb-publikation@fes.de

Die in dieser Publikation zum Ausdruck gebrachten Ansichten sind nicht notwendigerweise die der Friedrich-Ebert-Stiftung. Eine gewerbliche Nutzung der von der FES herausgegebenen Medien ist ohne schriftliche Zustimmung durch die FES nicht gestattet. Publikationen der Friedrich-Ebert-Stiftung dürfen nicht für Wahlkampfzwecke verwendet werden.

Titelillustration: [M] Picture Alliance / Ikon Images / Pascal Fossier / tigerworx

ISBN 978-3-98628-439-8